Rok XLVII. Kraków, dnia 11. lipca 1908. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni farmakologicznej Prof. J. Landenbacha i z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. W. Wysokowicza przy Uniwersytecie kijowskim.

W sprawie wpływu wdychania dymu tytuniowego na zwierzęta.

Podał

Docent Dr E. Zebrowski.

W Nr 6. »Rus. Wracza« z 1907 r. podałem »zawiadomienie tymczasowe« (4) o wpływie dymu tytuniowego na naczynia krwionośne. Zaznaczyłem wtedy, iż wstrzykiwanie rozczynu dymu tytuniowego do żył wywołuje u królików miażdżycę. Obecnie chcę podać w krótkości wyniki dalszych spostrzeżeń, przy nieco innym sposobie doświadczeń, mianowicie wyniki przewlekłych doświadczeń nad oddychaniem dymem tytuniowym.

Wdychanie odbywało się w następujący sposób: zwierzęta (króliki) w ciągu kilku miesięcy przesiadywały codziennie po 6—8 godzin (z 1—2-godzinną przerwą na jedzenie) w przyrządzie do palenia. Przyrząd składał się ze szklanego klosza, o pojemności około 20 litrów, w którego ścianie były umieszczone 3 otwory na jednej linii prostopadłej, o średnicy około 2 cm każdy. Do najniżej położonego otworu, mieszczącego się mniej więcej na wysokości nosa siedzącego pod kloszem królika, wstawiona była cygarnica z papierosem. Nieco wyżej umieszczony otwór zakryty był luźno kawałkiem waty. Najwyższy wreszcie otwór umieszczony u szczytu klosza był połączony z pompą wodną zapomocą całego systemu rurek szklanych i gumowych. Prąd powietrza, a więc i czas potrzebny do wypalenia się papierosa regulowałem zapomocą szybkości prądu wody, głównie zaś zapomocą innego prostego urządzenia, luźnego korka z waty, tkwiącego w środkowym otworze. Wsuwanie go wgłąb otworu przyśpieszało, wysuwanie zaś zatrzymywało spalanie się papierosa. Króliki umieszczałem w przyrządzie po jednym, lub też po dwa, puszczałem w ruch pompę i zapalałem papieros, który spalał się powoli, mianowicie 1 papieros, zawierający około 2,52 gr taniego tytoniu (machorki), spalał się mniej więcej w ciągu 12—15′. Po każdym papierosie przerywałem czynność pompy; zwierzę pozostawało w przyrządzie napełnionym dymem w ciągu 5—10′, poczem znów rozpoczynało się »palenie« we wskazanym porządku. Wogóle w ciągu 6—8 godzin trwania doświadczenia, spalało się w ten sposób 8—10 papierosów, co wynosiło około 20—25 gr tytoniu.

Papierosów używałem wyłącznie zrobionych własnoręcznie z tytuniu gorszego gatunku, t. zw. »machorki« (»Zwiezda« fabr. Spilioti w Kijowie, cena 32 kop. za 1 f.). Badanie chemiczne, dokonane sposobem Thomsa (3), stwierdziło, iż ilość nikotyny była w »machorce« znacznie większa, niż w innych, droższych gatunkach tytoniu. Rozczyn dymu »machorki« (dym otrzymany ze spalenia 100 gr »machorki«, pochłonięty przez 100 gr fizyologicznego rozczynu NaCl) zawiera 0,85% nikotyny; takiż zaś rozczyn dymu z tytoniu lepszego gatunku (»Mocny« I. gatunek fabr. Salomona Kohena w Kijowie, w cenie 2 r. 20 kop. za 1 f.) zawiera tylko 0,23% nikotyny.

Jak to widać z przebiegu doświadczenia, przy wdychaniu dymu z tytoniu przez zwierzęta, zachowano warunki jak najwięcej odpowiadające tym, jakie widzimy u ludzi, palących papierosy. Zwierzę oddychało dymem nie stale, ale peryodycznie. Do przyrządu wraz z dymem wchodziło świeże powietrze: podczas »palenia« przez środkowy otwór w kloszu, w przerwach zaś przez środkowy i dolny. W celu wydalenia lotnych produktów, wydzielanych przez skórę i płuca, przyrząd przed każdym papierosem silnie przewietrzano. Po każdem doświadczeniu wszystkie części przyrządu przemywano wodą.

Wdychanie dymu wywoływało u zwierząt cały szereg zjawisk. Jedne z nich były szybko przemijające, czasowe. Wszystkie króliki w ciągu pierwszego tygodnia »palenia«, objawiały podczas doświadczenia znaczny niepokój: kręciły się, stawały na tylne łapki, starając się uniknąć strugi dymu, usilnie tarły nos; przez cały przebieg doświadczenia można było spostrzegać objawy braku tchu, łzawienie i wydzielanie się śluzu z nozdrzy. Po wyjęciu z pod klosza po 2—3 godzinnem »paleniu«, króliki z początku z trudnością chodziły, chwiejąc się i ciągnąc nieco tylne łapy, potem w ciągu mniej więcej 1 godziny można było zauważyć ociężałość ruchów i brak łaknienia. W szeregu następnych doświadczeń występowało przyzwyczajenie do dymu tytuniowego: króliki zachowywały się w przyrządzie spokojnie; po doświadczeniu zjawiska niedowładu nie dawały się już dostrzegać. Tu zachodzi różnica pomiędzy tymi królikami, a innymi, którym dym tytuniowy wprowadzano wprost do krwi. Wtedy bowiem, jak to wskazałem w »Tymczasowem zawiadomieniu« (str. 189), nietylko nie spostrzegałem przyzwyczajenia, ale nawet odwrotnie, występowało jakgdyby wzmożenie się wrażliwości na działanie trucizny. Zwierzęta ginęły nieraz niespodzianie, po dawkach często mniejszych,

niż poprzednie. Od czego zależy taki stosunek ustroju do trucizny — trudno tymczasem orzec z pewnością. Można tylko przypuszczać, iż zależy to od sposobu wprowadzania trucizny. Przy paleniu dym tytuniowy wchodzi do ustroju przez płuca, natrafiając na swej drodze na cały szereg urządzeń ochronnych, które mianowicie mogą odgrywać pewną rolę w przyzwyczajaniu się do trucizny.

Inny szereg zjawisk, wywołanych przez oddychanie dymem tytoniuwym, spostrzegać się daje w ciągu całego czasu trwania doświadczeń. Jest to utrata łaknienia i postępujące wychudzenie. Króliki »palące« różnią się od zdrowych, przeznaczonych do kontroli, brakiem łaknienia i wyniszczeniem. Zmniejszenie się wagi u niektórych z nich dochodzi do znacznych stopni. jeden n. p. z królików (Nr 2 z poniżej przytoczonej tablicy) stracił w ciągu 2 miesięcy »palenia« około $^1/_2$ początkowej wagi (46,9%). Od czego zależy wychudzenie, czy wyłącznie od utraty łaknienia, czy też od bezpośredniego działania składników dymu na wymianę materyi? Jak to zaznaczyłem w »Tymczasowem zawiadomieniu«, wstrzykiwanie do krwi nikotyny i rozczynów dymu tytuniowego nie wpływało na odżywianie zwierząt. Zwierzęta użyte do doświadczeń nabywały wagi tak samo, jak i zwierzęta przeznaczone do kontroli. Fakt ten jakgdyby przemawiał za tem, iż u »palaczy« wyłącznie tylko utrata łaknienia wywołuje wychudzenie. Była jednak inna jeszcze możliwość. Wychudzenie mogło także zależeć w części od działania jakiegoś składnika dymu tytuniowego, którego odsetkowa ilość w dymie znacznie jest mniejsza, niż nikotyny. Wobec zwiększania się wrażliwości ustroju na działanie dymu przy wprowadzaniu go do krwi, zachodziła konieczność wstrzykiwania coraz to mniejszych dawek. Jasnem jest, iż przy takim sposobie wprowadzania, mogło się nie uwydatnić działanie tych składników, których zawartość w dymie tytuniowym jest nieznaczna w porównaniu z nikotyną. Wobec tego, w celu rozwiązania zagadnienia o przyczynie wychudzenia, należało zbadać działanie każdego z głównych składników dymu tytuniowego z osobna.

W celu wyodrębnienia składników dymu zastosowałem sposób przekraplania według Thomsa (3). 200 sz. cm rozczynu dymu tytuniowego, którego sposób otrzymania opisałem w »Zawiadomieniu tymczasowem« (str. 189), ogrzewałem silnie w kolbie, połączonej zapomocą ochładzacza ze zbiornikiem, zawierającym kwas octowy. Ponieważ płyn ogrzewany oddziaływał zasadowo, więc przekraplały się tylko lotne zasady: amoniak, nikotyna i pirydyna (destylat Nr 1). Pozostałą po przekropleniu masę, gęstą jak syrop, rozpuszczałem fizyologicznym rozczynem NaCl do 200 sz cm i przepuszczałem przez sączek Chamberlanda. Otrzymywałem w ten sposób przejrzysty płyn koloru ciemno-bursztynowego, który, jak to stwierdziła próba na żabie, nie zawierał już nikotyny. Kwaśny destylat Nr 1, składający się z octanów amoniaku, nikotyny i pirydyny poddawałem znowu przekropleniu, przyczem w kolbie pozostawały octany amoniaku i nikotyny, przekraplała się zaś pirydyna i nadwyżka kwasu octowego (destylat Nr 2). W celu wyosobnienia czystych pirydyn tytuniowych, destylat Nr 2, po dodaniu doń NaOH aż do oddziaływania zasadowego, poddawałem raz jeszcze przekropleniu. Otrzymywałem przy tem przejrzysty płyn o słabo zielonawym odcieniu, a aromatycznym zapachu, płyn ten rozpuszczałem fizyologicznym rozczynem NaCl do 200 sz. cm (destylat Nr 3).

Z płynów otrzymanych zapomocą przekroplenia stosowałem u zwierząt: 1) pozostałość po pierwszem przekropleniu, zawierającą wszystkie rozpuszczalne związki dymu tytuniowego z wyjątkiem nikotyny, pirydyny i NH_3 t. j. »wyciąg pozbawiony nikotyny i 2) destylat Nr 3, zawierający mieszaninę pirydyn tytuniowych. Pirydyny tytuniowe, przy wstrzykiwaniu do żyły nawet znacznych ilości (4—4,5 sz. cm.), nie wywoływały u królików niezwykłych objawów ani natychmiast po wstrzyknięciu, ani też po dłuższem stosowaniu. Przy sekcyi królików, zabitych po upływie 3 miesięcy codziennych wstrzykiwań, nie znalazłem żadnych widocznych zmian ani w naczyniach, ani też w innych narządach. Wstrzykiwanie wyciągu, pozbawionego nikotyny (ściśle mówiąc i pirydyny także), wywoływało już w dawkach począwszy od 1 sz. cm. cały szereg objawów. Natychmiast po wstrzyknięciu, prawie w jednej chwili zjawiał się niedowład tylnych kończyn; zwierzę kładło się na brzuchu lub na boku z bezwładnie wyciągniętemi kończynami tylnemi; po 10—15′ podnosiło się i zaczynało chodzić, włócząc jeszcze jednak przez pewien czas (około $^1/_2$ godziny) tylne łapy. Przy dalszem stosowaniu wyciągu króliki poczynały chudnąć, w niektórych przypadkach dość prędko (po 1—2 miesiącach), ginęły szybko bez widocznych przy sekcyi zmian, utraciwszy naogół około 20—40% swej pierwotnej wagi. Fakty te wskazują, iż dym tytuniowy, oprócz nikotyny, zawiera jeszcze pewne trujące składniki, posiadające własności porażające i wywołujące wychudnięcie. Być może, iż u zwierząt oddychających dymem tytuniowym postępowe wychudnięcie zależy po części i od wpływu tych nieznanych dotąd trucizn dymu.

Królików, u których udało się przeprowadzić doświadczenia z oddychaniem w ciągu dłuższego czasu, było 4. Mała ilość zwierząt tłómaczy się żmudnością i znaczną stratą czasu, jakiego potrzebuje staranne przeprowadzenie podobnych doświadczeń. W poniżej przytoczonej tablicy umieszczano dane co do wieku, wagi i czasu trwania tych doświadczeń.

Nr porz.	Nazwy zwierząt	Wiek przy rozpoczęciu doświadczeń	Początek doświadczeń	Koniec doświadczeń	Trwanie doświadczeń dni	Początkowa waga gr	Waga w dzień śmierci gr	Procent utraty wagi
1	Sybirka	5 miesięcy	1. XI. 1906	Zabita 29. IV. 1907	180	950	735	22,6
2	Czarny nos	5 miesięcy	1. XI 1906	Zginął 5. I. 1907	66	1025	545	46,9
3	Biały	Około 7 mies.	21. XII. 1906	Zabity 29. IV. 1907	129	1200	950	20,8
4	Strzałka	Około 7 mies.	9. I 1907	Zginęła 7. III. 1907	57	970	635	34,5

Jak to widać z tablicy, 2 króliki (Nr 2 i 4) padły po 2-miesięcznem mniej więcej paleniu, znacznie straciwszy na wadze, a mianowicie Nr 2 utracił 46,9%, Nr 4 — 34,5% pierwotnej swej wagi. Przy sekcyi 2 straconych zwierząt, oprócz prawie zupełnego zaniku tkanki tłuszczowej, wyraźnych zmian, tłómaczących przyczynę śmierci, nie stwierdziłem. U 2 zabitych królików, oprócz wychudzenia, znala-

złem wyraźne zmiany w tętnicy głównej: mianowicie u Nr 1. w początkowej i piersiowej części tętnicy głównej znalazłem 6 zgrubień, wielkości od główki szpilki do ziarnka konopi, w postaci płaskich blaszek, owalnych i okrągłych, posiadających w środku zagłębienie i oprócz tego dość dużo okrągłych zgrubień mniejszych. Niektóre z nich znajdowały się w pobliżu ujść tętnic wieńcowych serca. U królika Nr 3 znalazłem zmiany tylko w początkowych częściach tętnicy głównej, mianowicie — 2 płaskie okrągłe zgrubienia, wielkości główki od szpilki, podobne do blaszki z wgłębieniem w środku i bardzo dużo okrągłych i owalnych zgrubień.

(Dok nast.)

Z kliniki lekarskiej Wszechnicy lwowskiej.
(Dyrektor: Prof. Dr Antoni Gluziński.)

O lewulozuryi pokarmowej.

Podał

Dr Antoni Sabatowski, elew rządowy kliniki.

(Dokończenie.)

Pierwsza grupa moich chorych obejmuje przypadki marskości wątroby typu Laenneca i Hanoteau. Były to przeważnie zmiany średniego natężenia, w wywiadach najczęściej spotykałem opilstwo, rzadziej zimnicę i inne choroby zakaźne. Na 20 chorych w 18 przypadkach wynik prób był dodatni, w 2 biegunki popsuły doświadczenie. W płynie z jamy brzusznej poszukiwałem w 2 przypadkach bardzo sumiennie lewulozy (w dniu wykonywania próby); wynik był zawsze ujemny. Wogóle lewulozurya była silniejszą w przypadkach marskości z żółtaczką. Po spożyciu 100 gr cukru trzcinowego próba co do lewulozuryi wypadała wielokrotnie dodatnio, mimo, że cukier trzcinowy zawiera tylko 50% lewulozy.

Drugą grupę stanowi 8 przypadków żółtaczki t. zw. nieżytowej i 1 kiłowej. Z tych 9 chorych tylko w 2 przypadkach lekkiej żółtaczki wynik był ujemny. Wynik ten stoi jakoby w sprzeczności z wynikami innych badaczy, zwłaszcza Halásza (Wien. klin. Wochs. 1908). Ten badacz robił n. p. próby w 5 przypadkach całkowitego zamknięcia przewodu żółciowego i w jednym przypadku żółtaczki »nieżytowej«; wyniki miał wyłącznie ujemne. Ta sprzeczność wyników i jakości materyału jest w tym przypadku pouczającą. Gdy się bowiem zważy, że żółtaczka »nieżytowa« ma swe źródło w zakażeniu lub zatruciu (bo nawet w tych przypadkach, w których obrzęk błony śluzowej dróg żółciowych wydawałby się jedyną przyczyną żółtaczki, przecież o obrzęku zapalnym, a więc zakaźnym myślimy), to wydaje mi się, że lewulozurya jest naturalną konsekwencyą stanu zakaźnego, czy toksycznego. Zamknięcie zaś zupełne przewodu żółciowego (kamień, blizna, nowotwór), któremu nie towarzyszy stan zapalny (albo już wygasł doszczętnie), nie daje powodu do lewulozuryi, chyba że zastój żółci wywołał już grube zmiany anatomiczne w miąższu wątroby *(cirrhosis biliaris)*.

Ciekawe są w tym względzie badania nad »żółtaczką kiłową«, objawem wczesnym drugiego okresu kiły. Z 12 przypadków, opisanych przez Sambergera (Archiv für Dermat. u. Syphil. T. 67) była w 8 lewulozurya pokarmowa mimo, że prawie we wszystkich przypadkach odpływ żółci do jelit był utrzymany. W przypadku przezemnie spostrzeganym odpływ żółci, wstrzymany przez czas krótki, był już w dniu wykonania próby prawidłowy; próba wypadła dodatnio.

Z tych wyników wnoszę, że lewulozurya pokarmowa nie jest zawisłą od zastoju żółci, tylko od mniej lub więcej wybitnych zmian, wywołanych w wątrobie przez zakażenie lub zatrucie. Zapatrywanie to zgadza się z Minkowskiego teoryą żółtaczki *per diapedesin*. Przypuszczenie jego, że zwyrodnienie miąższowe wątroby (w chorobach zakaźnych i zatruciach) jest przyczyną przenikania żółci w kierunku tak prawidłowym, jak i ku żyłom środkowym *(vena centralis)*, że więc jest to poprostu zaburzenie wydzielnicze, — doznaje uzupełnienia w tym kierunku, że i inne czynności wątroby, jak n. p. przeróbka lewulozy, w tych warunkach podupadają.

Dalszym przyczynkiem do tej sprawy jest występowanie lewulozuryi w chorobach zakaźnych ostrych. Rebaudi znalazł na 39 przypadków tych chorób 38 razy dodatnią próbę lewulozową. Ja znalazłem na 8 przypadków duru brzusznego 6 prób dodatnich, na 4 przypadków zapalenia płuc włóknikowego, wszystkie dodatnie. Z wyjątkiem owych 2 przypadków duru, które przechodziły już w III okres choroby, wszystkie przypadki pochodziły z okresu największego nasilenia. W żadnym z przypadków nie było wyraźniejszego powiększenia ani bolesności wątroby, nie było również żółtaczki, prawie we wszystkich był zato śladzik białka w moczu.

Fakta te nasuwają przypuszczenie, że żółtaczka, występująca częściej, czy rzadziej przy wszystkich prawie chorobach zakaźnych, jest prawdopodobnie najczęściej objawem zwyrodnienia miąższowego wątroby i da się pod tym względem porównać z białkomoczem, przy tych chorobach występującym. Lewulozuryę pokarmową uważam za wyraz lżejszych, żółtaczkę za wyraz cięższych zmian miąższowych. Znamienną jest rzeczą, że wśród takiej żółtaczki chorzy mają zwykle stolce barwy prawidłowej, co przemawia przeciw niedrożności przewodu żółciowego. Wykaz chorób zakaźnych, którym (w ciężkich przypadkach) taka żółtaczka towarzyszy, jest bardzo długi: dur brzuszny *(t. biliaris)*, dur plamisty, dur powrotny (szczególnie w krajach gorących), zapalenie płuc *(p. biliaris)*, zwłaszcza u pijaków, a więc ludzi, których wątroba zwykle już jest schorzałą, dalej: róża grypa, zimnica, nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, posocznica. Do tej grupy zaliczyć należy spostrzeżenia Sambergera, który przy żółtaczce kiłowej *(icterus syphiliticus)* osiągnął w większości przypadków lewulozuryę pokarmową. Jako powód żółtaczki przyjmuje on zwyrodnienie miąższowe wątroby w tych przypadkach, w których stolce zawierały barwiki żółciowe, zaś ucisk gruczołów zajętych lub brodawczaki dróg żółciowych (?) w tych przypadkach, w których stolce były odbarwione. Ja spostrzegałem jeden przypadek, dający się pogodzić z pierwszem przypuszczeniem i to tylko przypuszczenie uważam za uzasadnione. (Cnf.: Buraczyński: Sprawozd. z X. Zjazdu lek. i przyr. polskich, 1907, str. 181).

Sądzę, że wobec tych faktów powinno się porzucić nazwę: żółtaczka nieżytowa w chorobie zakaźnej, a mówić

zgodnie z anatomiczno-patologicznym stanem rzeczy: żółtaczka zakaźna, albo wprost durowa, kiłowa, grypowa i t. d.

Z chorób zakaźnych podostrych badałem dwa przypadki gruźlicy o gorączce stałej, do 39^0 C. dochodzącej;— oba razy wyniki były ujemne. Rzecz warta jest dalszych badań ze względu na dość często spotykane stłuszczenie wątroby u osobników, które gruźlicy uległy.

Sprawność wątroby zastoinowej badałem w 16 przypadkach wad serca w okresie niewyrównania ze znaczną wątrobą zastoinową, często dodatnio tętniącą i obrzękami kończyn dolnych. Na tych 16 przypadków raz tylko udało mi się otrzymać lewulozuryę u chorej, u której niewyrównanie wady serca trwało już przeszło 5 lat. Wyniki te są zajmujące w przeciwstawieniu do zachowania się wątroby wobec innych wpływów szkodliwych, a tłómaczę je sobie innem usadowieniem się zmian anatomicznych przy zastoju, a innem we wszelkich n. p. stanach marskości wątroby. Skutkiem zastoju krwi następuje w wątrobie rozszerzenie żył środkowych (*venae centrales*), następnie przenosi się ten stan na okoliczne naczynia włosowate, przy dłuższem zaś trwaniu sprawy wywołuje następowy zanik komórek wątrobnych w otoczeniu żyły środkowej *(zona centralis)* i bujanie tkanki łącznej; sprawa ta posuwa się powoli ku obwodowi. W marskości wątroby zanik miąższu wątrobowego postępuje od obwodu zrazików *(zona periportalis)*, bujanie tkanki łącznej ogranicza się albo tylko do okolic obwodowych, albo też wnika w głąb zrazików *(cirrhosis hypertrophica)*. Odmiennemu obrazowi anatomicznemu odpowiada odmienny stan sprawności narządu i zdaje mi się, że wniosek, jaki stąd wysnułem, jest usprawiedliwiony. Z innej także strony jest zachowanie się wątroby zastoinowej zajmujące. Jak Franke trafnie przypuszcza (Tygodnik lek. 1906, Nr 15), stanowi wątroba ostatnią ostoję krążenia krwi; w chwili rozpoczynającej się ogólnej niedomogi zaczyna ten narząd dodatnio tętnić i wspiera, — choć częściowo, — posuwanie się krwi ku prawemu przedsionkowi. Zdaje mi się być dowodem celowości przyrody, że ten narząd, który stanowi ostatnią obronę podupadającego krążenia, jest sam tak na zastój odporny, że mimo występujących już w nim zmian, swoistą pracę chemiczną wykonywa bez zarzutu.

W 20 przypadkach cukrzycy poszukiwałem lewulozy w moczu, zawsze z wynikiem ujemnym; w 8 przypadkach, które były dostępne doświadczeniom, podawałem lewulozę w ilości 100 gr przyczem raz tylko otrzymałem słaby wynik dodatni. Wobec tego, że poszukiwania lewulozy w moczu cukrowym są dosyć w Niemczech rozpowszechnione, a mimo to dotychczas opisano w piśmiennictwie niemieckiem zaledwie 20 przypadków lewulozuryi przy cukrzycy, a 3 przypadki czystej lewulozuryi ustrojowej (Seegen i Külz, Rosin i Laband, Schwarz), z góry spodziewałem się podobnego wyniku poszukiwań. Widocznie ustrój ludzki zupełnie inaczej zachowuje się wobec tych dwu odmian cukru sześciodrobinowego. Nie mogłem się też dopatrzeć jakichś objawów podstawienia czy zastępstwa obu odmian cukru przy doświadczeniu; ilość dekstrozy nie ulegała poważniejszym zmianom, jedynie tylko aceton i kwas acetooctowy znikały w ciężkich przypadkach na 2 do 3 godzin z moczu. W 3 przypadkach choroby Basedowa, w której jak wiadomo, spotyka się czasem dekstrozę w moczu (przypadki te były od niej wolne), po 100 gr lewulozy żadnej odmiany cukru w moczu nie spostrzegałem; taksamo miała się rzecz z moczówką prostą.

Wartość rozpoznawczą lewulozy starałem się także określić na 6 dostępnych mi przypadkach guzów wątroby lub z wątrobą tylko w luźnym związku zostających. W 4 przypadkach nowotworów wątroby otrzymałem wyniki ujemne, w jednym (bardzo rozległy nowotwór, jak sekcya stwierdziła) lewulozurya pokarmowa była, ale wobec żółtaczki, miesiącami trwającej trudno ten przypadek uważać za jasny; być może, że zmiany wywołane zastojem żółci współdziałały tu z zniszczeniem miąższu wątrobowego przez nowotwór. Ostatni wreszcie (VI) przypadek był ciekawy ze względu na wyniki badań i ten pozwolę sobie tu opisać.

Mężczyzna już w starszym wieku (około 60 lat) skarży się na gniecenie w nadbrzuszu, trwające już 6—8 tygodni, nieznaczne bole w tejże okolicy, zmniejszenie się łaknienia, wychudnięcie, zaparcie żywota i t. p. Badanie przedmiotowe stwierdza u osobnika, wcale dobrze wyglądającego i nie gorączkującego, guz, położeniem i zachowaniem się odpowiadający wątrobie powiększonej o brzegu grubym, nierównym i lekko bolesnym, sięgającym 2 palce niżej łuku żebrowego prawego. Chory przeczy, jakoby miał kiedykolwiek żółtaczkę; badanie treści żołądkowej, wydęcie żołądka i jelita grubego powietrzem nic sprawy nie wyjaśnia; lewuloza podawana kilkakrotnie, mimo skrupulatnego badania wykryć się nie daje w moczu. Zastosowano kataplazmy gorące, po których w jakie 2 tygodnie zauważyć było można, że brzeg oporu stał się mniej wyraźnym; natomiast bezpośrednio pod łukiem żebrowym domacać się było można dość ostrego brzegu wątrobowego; chory czuł się tak dobrze, że nie chciał już dłużej na klinice pozostać i wskutek tego do właściwego rozpoznania natury oporu nie doszliśmy; brak lewulozuryi wskazał jednak właściwą drogę śledzenia. Prawdopodobnie mieliśmy przed sobą stan zapalny sieci, który przechodził już w bliznowacenie i wywołał skurczenie się jej i podwinięcie do góry.

Streszczając rzecz, muszę powiedzieć, że w przypadkach nowotworów wątroby wyniki były ujemne, o ile choroba nie była już bardzo wyraźnie widoczna, — wartość więc rozpoznawcza lewulozy jest w tych przypadkach równa zeru, co i inni stwierdzili. Już z góry można się było tego spodziewać wobec niestosunku małego, ograniczonego jeszcze guza do wielkiego narządu, jakim jest wątroba (około 2 kg wagi).

Wartość rozpoznawczą lewulozuryi pokarmowej oceniał już Strauss, który przy puchlinie brzusznej rozróżniał z wyniku sprawności wątroby marskość wątroby od przewlekłej gruźlicy otrzewnej; badanie po wypuszczeniu płynu potwierdzało przypuszczenia. Przypadek, który powyżej opisałem zdaje się również świadczyć o pożyteczności tej próby w niektórych przypadkach. Gdyby nie to, że mimo znacznych nawet zmian w wątrobie tylko bardzo niewielka ilość lewulozy (do $4^0/_0$) wydziela się z moczem, możnaby myśleć o ilościowem ocenianiu upośledzenia wątroby. Niewątpliwie nie cała lewulozy ilość (100 gr), ale tylko mała jej część dostaje się drogą żyły wrotnej do wątroby; większa część musi się rozkładać w jelitach, gdzie obecność zaczynów i drobnoustrojów przy korzystnej ciepłocie bardzo rozkładowi cukru sprzyja. Ta kruchość drobiny chemicznej lewulozy stanowi główną wadę całej metody i zmusza do oglądania się za inną.

W badaniach doświadczalnych ma lewuloza wartość niepoślednią, jako środek do rozjaśniania niektórych ciemnych rozdziałów patologii tak ogólnej, jak w szczególności patologii wątroby. W schorzeniach ustrojowych być może, że także lewuloza się przyda, na razie próby z nią przy

cukrzycy prawozwrotnej, jak i lewozwrotnej *(diabetes laevulosuricus)* zawiodły, o ile wyników ujemnych nie będziemy uważać za równie cenne dla poznania sprawy, jak dodatnie. Że z pomocą lewulozy niejedna jeszcze rzecz da się wyjaśnić, przykładem doświadczenia z nią na kobietach brzemiennych. Pierwszy zajął się tą sprawą Schröder i znalazł lewulozuryę w przypadkach rzucawki *(eclampsia gravidarum)* (Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gyn., tom 56) obecnie prowadzi obszerne doświadczenia Reichenstein i znalazł wśród 31 ciężarnych w pierwszych miesiącach ciąży, 30 razy lewulozuryę. Być może, że obie te prace rozjaśnią ciekawą sprawę »zatrucia« i »zakażenia« ciążowego, poruszoną przez Starzewskiego (Tyg. lek., 1906, Nr 10, 11, 12). Prawdopodobnie uda się przy pomocy lewulozuryi zestawić i uporządkować obraz zmian czynnościowych wśród ciąży tak, jak się to powiodło uczynić co do takichże zmian w wątrobie.

Zestawiając dotychczasowe nasze wiadomości powiedzieć trzeba:

1) Poszukiwanie lewulozy w moczu i podawanie jej doświadczalne ma wartość rzeczywistą dla nauki lekarskiej.

2) Dotychczasowe sposoby wykrywania lewulozy w moczu są dla celów klinicznych wystarczające.

3) W przypadkach marskości wątroby jest lewulozurya pokarmowa regułą.

4) Wątroba zastoinowa daje lewulozuryą pokarmową tylko w wyjątkowych przypadkach bardzo długotrwałego niewyrównania krążenia.

5) W żółtaczce t. zw. »nieżytowej« znajduje się lewulozuryę z wyjątkiem przypadków bardzo lekkich; prawdziwa żółtaczka zastoinowa (kamień, blizna, nowotwór) daje lewulozuryę tylko w przypadkach bardzo długotrwałych, w których należy się już spodziewać zmian anatomicznych miąższu wątrobowego.

6) W cięższych postaciach chorób zakaźnych ostrych występuje lewulozurya pokarmowa prawie zawsze; odnosi się to do okresu największego nasilenia choroby.

7) W dyagnostyce różniczkowej ma lewulozurya pokarmowa mało zastosowania, w odpowiednich przypadkach może jednak oddać cenne usługi.

Oceny i sprawozdania.

Fizyologia i patologia nadnercza.

Sprawozdanie poglądowe [1]).

Napisał

Stanisław Welecki,
demonstrator Zakładu fizyologii U. J.

Nadnercze, któremu tak wielkie znaczenie dla ustroju dzisiaj przypisujemy, dopiero około połowy ubiegłego stulecia stało się przedmiotem ściślejszych badań, a czynności jego ledwie w ostatnich dziesiątkach lat zostały częściowo zbadane i opisane. W ostatnich jednak czasach tak wiele włożono pracy w badanie znaczenia nadnercza, że dziś dzięki tym badaniom uzyskaliśmy już pewne podstawy do osądzenia roli nadnercza w ustroju.

Pierwsze prace o nadnerczu zawdzięczamy anatomom i histologom. Pappenheim, Ecker i Kölliker dokładnie opisali budowę nadnercza. Ecker badał makroskopowo, a w miarę rozwoju techniki mikroskopowej także i histologicznie budowę nadnercza u zwierząt kręgowych i podał dokładne wiadomości o jego topografii. Kölliker jeden z pierwszych stwierdził, że istota korowa i rdzenna nadnercza są co do budowy swej tak od siebie odmienne, że należałoby je uważać za zupełnie odrębne narządy. Istota bowiem rdzenna, wskutek znajdującej się w niej olbrzymiej liczby komórek nerwowych, sprawia wrażenie narządu »sui generis«, stojącego prawdopodobnie w związku z układem nerwowym, chociaż o jakości tego związku sądu jeszcze wydać nie można; istotę korową liczy Kölliker do gruczołów systemu krwionośnego. Przypuszczenia Köllikera potwierdza embryologia, mianowicie spostrzeżenie, że substancya rdzenna i korowa nadnercza różnią się zasadniczo co do swego pochodzenia: zawiązkiem substancyi rdzennej ma być według Baltoura, Brauna, Mitsukura i t. d. zwojowe podłoże układu współczulnego (Grenzstrang), substancya zaś korowa ma powstawać z grupy komórek pranercza, leżących wzdłuż żyły głównej dolnej (*vena cava inf.*) i żyły zasadniczej (*vena cardinalis*), pochodzenia według jednych nabłonkowego, według drugich łączno-tkankowego. I późniejsze badania fizyologiczne potwierdziły, że obie te części zasadniczo się od siebie różnią.

Badania fizyologiczne nad nadnerczem rozpoczęły się od rozstrzygnięcia pytania, czy narząd ten jest dla życia zwierzęcia konieczny, czy ustrój może się bez niego obejść, lub też zastąpić jego działanie działaniem innego jakiego narządu. Brown-Sequard po całym szeregu doświadczeń, polegających na wycinaniu nadnercza, doszedł do wniosku, że wycięcie obu nadnerczy, w danym razie wraz z dodatkowemi nadnerczami, które często obok głównego spotkać można, pociąga za sobą z reguły śmierć zwierzęcia. Dla wytłómaczenia tego zjawiska wstrzykiwał on wraz z Abelousem i Langloisem krew zwierzęcia, pozbawionego nadnerczy, zwierzęciu zdrowemu i zauważył, że krew taka wywołuje objawy zatrucia. Z tego wynikał wniosek, że krew zwierzęcia, pozbawionego nadnercza, zawiera w sobie składniki trujące, działające porażająco na zakończenia nerwów ruchowych, a częściowo i na mięśnie, i te właśnie trucizny w ustroju prawidłowym ma zobojętniać nadnercze. Spostrzeżenia Brown-Sequarda były źródłem rozległej polemiki w tej sprawie i dały początek energicznej pracy i bogatemu piśmiennictwu w sprawie nadnercza. Najobfitszemi w zdobycze były badania Cybulskiego i Szymonowicza w Krakowie, jakoteż równocześnie z niemi ogłoszone badania Olivera i Schäfera w Anglii. Cybulski i Szymonowicz zauważyli pierwsi, że po wycięciu obu nadnerczy występuje prawie natychmiastowe i to znaczne obniżenie ciśnienia i zmniejszenie tętna. Wyciąg zaś z substancyi rdzennej, wstrzyknięty do żyły, wywoływał znaczne podniesienie się ciśnienia, wzmożenie i zwolnienie czynności serca, przyczem oddychanie stawało się wolniejszem i płytszem. Podobne zjawiska było można wywołać przez wstrzykiwanie krwi, wypływającej z żył nadnerczowych jednego zwierzęcia, do żyły drugiego zwierzęcia. Z tych spostrzeżeń wysnuli Cybulski i Szymonowicz wniosek, że nadnercze jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem, że wydzielina jego bez przerwy dostaje się do krążenia drogą żył nadnerczowych i utrzymuje w ustroju w stanie napięcia ośrodki naczyniowe, dalej ośrodki nerwu błędnego, nerwów oddechowych, nerwów przyspieszających, a także prawdopodobnie i ośrodka, utrzymującego napięcie (*tonus*) mięśni. Prócz tego starał się Cybulski poznać własności chemiczne substancyi czynnej, znajdującej się w wyciągach z istoty rdzennej nadnercza, i przekonał się, że rozpuszcza się ona w równej mierze w wodzie, glicerynie czystej i rozcieńczonej wodą, w 1 prc. kwasie solnym lub siarkowym, dalej, że posiada własność dyalizy, jest więc krystaloidem, że wreszcie łatwo się utlenia.

Równocześnie w Anglii prowadzone i ogłoszone przez Olivera i Schäfera badania potwierdziły zupełnie spostrzeżenia Cybulskiego i Szymonowicza, doprowadziły jednak badaczy angielskich do innych zupełnie wniosków. Podniesienie ciśnienia po wprowadzeniu do krążenia wyciągu z istoty rdzennej nadnercza tłómaczą Oliver i Schäfer nie działaniem na ośrodki, lecz przypisują je działaniu na mięśnie w ogólności, a na serce i naczynia w szczególności. Ożywiona dyskusya, powstała w następstwie tych publikacyi, niewiele rozświetliła to sporne zagadnienie. Cyon, powtórzywszy badania Cybulskiego, jakoteż Olivera i Schäfera, twierdzi, że podniesienie ciśnienia, wywołane przez wyciągi z nadnercza, zależy od zadrażnienia całego układu nerwowego zwężającego naczynia, a więc tak od ośrodków, położonych w układzie nerwowym ośrodkowym, jakoteż od ośrodków, znajdujących się w ścianie naczyń. Zwolnienie zaś i wzmożenie czynności serca zależeć ma, zdaniem Cyona, nie od zadrażnienia nn. błędnych, lecz od chwilowego zadrażnienia przysadki mózgowej wskutek gwałtownego podniesienia się ciśnienia w ja-

[1]) Odczytane na posiedzeniu naukowem Tow. Bibl. medyków U. J.

mie czaszkowej. Zauważę tutaj, że zwolnienie i wzmożenie czynności serca występuje tylko przy nieuszkodzonych nerwach błędnych; po przecięciu ich objawy te nie występują. Szczegół ten zdaje się świadczyć przeciw wyłącznemu działaniu przysadki mózgowej w tym przypadku. O ile to nawet się dzieje, (co zresztą dotychczas nie jest stwierdzone), to hamowanie czynności serca następuje w każdym razie drogą nerwów błędnych.

De Dominicis porównuje działanie wyciągów z nadnercza do objawów, spostrzeganych podczas wstrząsu; nie uważa ich za skutek zatrucia, lecz odnosi do zmian w ośrodkowym układzie nerwowym.

Za wnioskami Olivera i Schäfera przemawiają prace Biedla i Velicha, który po zniszczeniu rdzenia kręgowego zdołali przywrócić ciśnienie przez wstrzykiwanie wyciągów z nadnercza do wysokości 90—160 mm. rtęci i utrzymać przez to zwierzę około $1\frac{1}{2}$ godziny przy życiu. Wnioski te poparło jeszcze kilku autorów. H. Strehl i O. Weiss, a później Salvioli i Pezzolini potwierdzili spostrzeżenie Cybulskiego, że substancya czynna nadnercza dostaje się tylko drogą żył nadnerczowych do krążenia krwi, podwiązanie bowiem tych żył działa zupełnie tak samo, jak zniszczenie nadnerczy. Obliczyli oni też zapomocą obmyślonej przez siebie metody, że królik, ważący $1\frac{1}{2}$ klgr., wytwarza dziennie tyle substancyi czynnej, ile jej się znajduje w 0,3744 gr. substancyi rdzennej nadnercza. Pytanie, czy substancya czynna nadnercza działa na ośrodki nerwowe, czy też na obwód (mięśnie gładkie naczyń) pozostało nierozstrzygnięte, a rozstrzygnięcie tego pytania — możemy to teraz powiedzieć, — było rzeczą trudną, a nawet niemożliwą, dopóki nie można było napewno określić, jakiego rodzaju jest ta substancya czynna i w jakich ilościach znajduje się ona we krwi prawidłowej, gdyż bez tego nie było można urządzić doświadczeń tak, aby one najbardziej były zbliżone do warunków prawidłowych.

Pracę w kierunku rozstrzygnięcia tego zagadnienia umożliwiły wyniki badań chemików, jak Fränkla, Abla, Fürtha, Aldricha i Takamina, którym powiodło się wyosobnić substancyę istoty rdzennej nadnercza w stanie czystym, krystalicznym. Substancya ta, nazwana przez Takamina adrenaliną, jest proszkiem białym, złożonym z mikroskopijnych kryształów, o gorzkim smaku, w wodzie rozpuszcza się trudno, oddziaływa słabo zasadowo i tworzy z kwasami sole. Jod barwi rozczyn jej na czerwono, chlorek żelaza na zielono. Jest ona ciałem silnie redukującem tak w zasadowym, jak i obojętnym rozczynie, chłonie tlen z powietrza, wywołuje nawet klisze fotograficzne. Empiryczną jej formułą jest: $C_{10}H_{15}NO_3$.

Otrzymuje się ją w ten sposób, że posiekane nadnercze wołu lub owcy zalewa się słabym rozczynem kwasu siarkowego lub octowego i wyciąga przy 95°, pozostałość wygniata się i jeszcze raz wyciąga. Wyciąg zagęszcza się przez parowanie, strąca wyskokiem i sączy. Przesącz zagęszcza się przez odparowanie w próżni i alkalizuje się zapomocą NH_3 lub NH_4Cl lub $NaOH$; w przesączu wykrystalizowuje adrenalina. Równocześnie nieco odmienną metodą otrzymał adrenalinę w stanie czystym Poehl w Petersburgu.

Dopiero, gdy uzyskano substancyę czynną nadnercza w stanie czystym, można było przystąpić do dokładniejszego zbadania, czy wydzielina nadnercza działa na ośrodki, czy też na obwód; możność bowiem dokładnego dawkowania ilości adrenaliny, podawanej zwierzęciu, pozwoliła uniknąć wielu błędów zasadniczych, przedtem trudnych do uniknięcia.

Ehrmann stwierdził przy pomocy swej metody, polegającej na śledzeniu działania surowicy krwi na źrenicę wyjętego oka żaby, że adrenalina zaajduje się we krwi prawidłowej w rozcieńczeniu 1: 10,000.000, czasem 1: 1,000.000. Zachwiało to twierdzeniami Biedla i Velicha, którzy oświadczyli się za obwodowem działaniem substancyi czynnej nadnercza, dlatego, że po zniszczeniu rdzenia przedłużonego i kręgowego wstrzymywali podniesienie się ciśnienia krwi przez wstrzykiwanie wyciągów z nadnercza. Wyciąg taki, choćby z jednego tylko nadnercza, zawiera tyle substancyi czynnej nadnercza, ile jej nadnercze w kilku dniach do krwi wydziela. Przy podaniu takiej dawki adrenaliny oczywiście zaniknąć muszą wszelkie subtelności, a dodatkowe działanie może być tak wielkie, że pierwotny obraz zupełnie zatrze.

Że tak jest, przekonało mnie powtórzenie doświadczeń Velicha i Biedla, polegające na badaniu działania minimalnych dawek adrenaliny, ile możności odpowiadających fizyologicznej zawartości adrenaliny we krwi i porównywaniu skutku, przez nie wywołanego, ze skutkiem wstrzykiwania takich samych dawek adrenaliny zwierzęciu, pozbawionemu rdzenia przedłużonego i kręgowego. Wyniki tych badań, ogłoszone ubiegłego roku w Rozprawach Akademii Umiejętności w Krakowie, doprowadziły mnie do wniosku, że wydzielina wewnętrzna nadnercza działa w pierwszej linii na ośrodki naczynioruchowe, znajdujące się w rdzeniu przedłużonym i rdzeniu kręgowym, na co wskazuje zupełna zmiana odczynu na podanie adrenaliny po zniszczeniu tych ośrodków, jakoteż ta okoliczność, że po zniszczeniu rdzenia przedłużonego i kręgowego musimy zastosować dawkę 200—300 razy większą, niż przed ich zniszczeniem, dla wywołania podwyższenia ciśnienia. Stwierdziłem dalej, że podniesienie ciśnienia po całkowitem wycięciu rdzenia, wywołane temi zwiększonemi dawkami, odnieść należy nietylko do istniejących w ścianie naczyń odśrodków naczynioruchowych, względnie do zakończeń nerwowych lub mięśni, ale w pierwszym rzędzie do działania adrenaliny na czynność serca, która stale wzmaga się i przyspiesza równomiernie z podniesieniem się ciśnienia.

Oprócz tego zasadniczego znaczenia dla krążenia, posiada nadnercze poważne znaczenie w wymianie materyi. Już dawniej niektórzy badacze zwrócili uwagę na jego rolę w tym dziale ekonomii żywego ustroju. Gaurfein już przypuszczał, że śmierć zwierzęcia po wyjęciu obu nadnerczy następuje wskutek zaburzeń odżywiania: zwierzę także chudnie mimo najlepszego odżywiania, niknie, a waga jego opada do połowy. Dzieje się to według tego autora z tego powodu, że z utratą nadnerczy traci zwierzę narząd, który zobojętniał w niem jakieś nieznane trucizny. Dubois uważa za te trucizny wytwory wstecznej wymiany materyi, powstałe wskutek pracy mięśniowej i nerwowej. Nie niszczy ich żadna specyalnie do tego przystosowana substancya, ale wprost protoplazma komórki nadnerczowej wywiera na nie działanie dyastatyczne. Sprzeciwiają się nieco tym poglądom doświadczenia Boinetta, który zatruwał zwierzęta wyosobnioną neuryną i stwierdził, że działanie antytoksyczne adrenaliny na neurynę jest niezmiernie małe, a neuryna z zatrutego ustroju wydziela się drogą nerek. (C. d. n.)

Prof. Dr P. F. Richter: **Przemiana materyi i jej choroby.** Zbiorowe tłomaczenie z niemieckiego pod redakcyą Kazimierza Rzętkowskiego. Warszawa 1908. Nakładem tłomaczów.

Przemiana materyi i jej choroby stanowi dział lekarski, będący u nas w znacznem zaniedbaniu u lekarzy. Toteż podręcznik Richtera, traktujący ten dział medycyny w formie jasnej i zajmującej, bez właściwej podręcznikom niemieckim oschłości stylu i treści, tem pożądańszym jest nabytkiem w piśmiennictwie lekarskiem. Powstał on z wykładów Prof. Richtera o przemianie materyi i jej chorobach i daje w ogólnym zarysie obraz dzisiejszego stanu badań nad przemianą materyi, a nie spuszcza z oczu istotnych potrzeb lekarzy praktycznych. Cel swój osiągnął autor istotnie, nie rozwodząc się zanadto nad poszczególnemi, różnorodnemi doświadczeniami i spostrzeżeniami, lecz przytaczając tylko ostateczne wnioski i wiadomości, które stanowią dzisiejszy arsenał nauki o przemianie materyi. Nie zapuszcza się autor również w opisy takich szczegółów badania, których wyniki dotychczas nie są dostatecznie ustalone.

Podręcznik swój podzielił autor na cztery części. Część pierwsza zajmuje się prawidłową przemianą materyi w całości, oraz przeróbką poszczególnych składników pokarmowych. Część druga obejmuje stany chorobowe przemiany materyi (głodzenie, gorączka, cukrzyca, otyłość, dna, alkaptonurya, cystynurya i fosfaturya), oraz przemianę materyi w chorobach poszczególnych narządów (wątroba, jelita, trzustka, nerki, narządy oddychania i krążenia, żołądek, sprawy zakaźne i toksyczne). Część trzecia zajmuje się wpływaniem leczniczem na przemianę materyi, a czwarta przedstawia pokrótce najważniejsze metody badania.

Myśl przyswojenia polskiej literaturze lekarskiej tak cennego podręcznika musimy uważać za bardzo szczęśliwą. Tłomaczenie, zbiorowo uskutecznione przez K. Rzętkowskiego i jego współpracowników (Leon Butkiewicz, Maryan Eiger, Mieczysław Halpern, Stanisław Kijewski, Anastazy Landau, J. Maliniak, Stanisław Muttermilch, Tadeusz Wilczyński) jest poprawne, gładkie i jednolite, pomimo tego, że język polski, według zdania tłomaczów, »nie posiadł jeszcze dotychczas należytego i dość giętkiego słownictwa, któreby dorównało w tym zakresie wiedzy terminologii niemieckiej«. Za przekład ten należy się Dr Rzętkowskiemu i jego współpracownikom szczere uznanie i wdzięczność. *Dr M. Blassberg.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Wieland. **O usposobieniu do choroby.** (Ueber Krankheitsdisposition). (*Beihefte zur mediz. Klinik* 1908, Zeszyt 4). W dawniejszych czasach kładziono bardzo wielką wagę na skłonność do chorób. Rozróżniano nawet pewną więź ciała (konstytucyę), właściwą pewnym chorobom; rozróżniano n. p. w. limfatyczną, żółciową, eretyczną, nieżytową, udarową i t. p. W miarę rozwoju bakteryologii zwrócono się jednak tylko ku drobnoustrojom, a zapomniano o usposobieniu do chorób, które bodaj czy nie jest ważniejsze od samych zarazków. Dopiero znowu w ostatnich czasach zaczynamy szukać tego usposobienia do chorób, bo przekonaliśmy się, że obecność drobnoustrojów chorobotwórczych niekoniecznie jeszcze musi pociągać za sobą chorobę, że te same drobnoustroje wywoływać mogą różne choroby, a naodwrót różne drobnoustroje to samo cierpienie i t. p. Usposobienie do pewnych chorób może być dziedziczne lub nabyte. W pewnych rodzinach występują n. p. stale pewne tylko choroby, nawet takie, jak dur, błonica, płonica i t. p. Niektóre czynniki wywoływać znów mogą zmniejszanie się naturalnej, wrodzonej odporności, n. p. wpływy psychiczne, praca zawodowa, wpływy klimatu itp. Zaliczyć też tu należy ułatwienie zakażenia danymi drobnoustrojami (wobec których ustrój jest zwykle odporny) przez wtargnięcie przedtem innych, tak zwane zakażenia dodatkowe i mieszane. Ludzie zupełnie zdrowi przenosić mogą mimoto choroby na innych, co stwierdzano w epidemiach płonicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, duru, błonicy i t. p. Żyjące w ustroju tych ludzi jadowite zarazki nie wywołały u nich samych zakażenia, bo brakło u nich usposobienia do choroby. Często przebycie choroby chroni od zakażenia po raz drugi. Wyleczenie w chorobach zakaźnych zależy od wystąpienia pewnych substancyi ochronnych we krwi. Są to wytwory żywych komórek ustroju. Ta odporność po chorobie jest zwykle przejściowa. Wobec tego przypuszczano, że skłonność do choroby nie jest niczem innem, jak przeciwieństwem odporności, t. j. brakiem wspomnianych substancyi ochronnych. Dalsze jednak badania dowiodły, że zdolność tworzenia tych ciał jest przyrody zupełnie ogólnej; jest ona odczynem na wszelkie niefizyologiczne, obce, szkodliwe ciała, nawet na takie, jak krew innych zwierząt, białko i t. p. Ten właśnie odczyn zowiemy w danym przypadku chorobą, gdy go niema, nie ma i choroby; natomiast zdolność tworzenia tych ciał zowiemy obecnie usposobieniem do choroby. Usposobienie do choroby nie jest więc pojęciem ujemnem, ani też przeciwieństwem odporności; jak mówi Hueppe, jest ono tylko niedostatecznem przerobieniem ochronnych sił ustroju. Usposobienie do choroby jest czemś stałem, gdy odporność jest pojęciem zmiennem, zależnem od wielu czynników. Tak n. p. stwierdzono, że po przebyciu choroby zakaźnej po wielu latach zjawić się może mimoto choroba jeszcze raz. Na czem jednak polega naturalna wrodzona odporność? Ehrlich sądzi, że wrodzona odporność jest wrodzonym brakiem usposobienia do choroby. Drobnoustroje dostają się do ustroju, ale nie wyzwalają odpowiedniego odczynu, choroba więc nie występuje. Inni utrzymują, że przy wrodzonej odporności rozporządza ustrój zawsze tak wielką ilością środków ochronnych przeciw danej chorobie, że ją niszczy w zarodku. W końcu wielu badaczy, opierając się na częstej obecności zarazków chorobotwórczych w zdrowym ustroju, przyjmuje, że odporność nie jest czem innem, jak stopniowem powolnem przyzwyczajeniem się do trucizn. Do czynników, od których odporność zależy, należą n. p. wiek, przebycie innych chorób, ciąża, złe odżywienie, wpływy klimatu itp. Usposobienie do choroby może być także nie ogólne, ale tylko miejscowe i wtedy zależy zwykle od czynników zewnętrznych (n. p. skłonność szczytów płuc do gruźlicy, występowanie chorób po urazie, po zatrzymaniu się wydzielin i wydalin w ustroju i t. p.). Powstaje wtedy w danem miejscu zakażenie, jako w t. zw miejscu mniejszej odporności. Pewne narządy są skłonne do pewnego rodzaju chorób. Błonica n. p. sadowi się zwykle na błonie śluzowej nosa, gardła i krtani, tryper na błonie śluzowej cewki moczowej, dur, cholera w jelitach i t. p. W różnych okresach życia przeważa też usposobienie do innych chorób; u osesków n. p. do cierpień przewodu pokarmowego, w wieku od 2—6 lat do ostrych osutkowych chorób zakaźnych i gruźlicy gruczołów, potem gruźlicy kości i t. p. Zadaniem medycyny jest nietylko starać się o niszczenie zarazków i ich wytworów, ale także o zwalczanie usposobienia do chorób, zwracać uwagę na zawieranie małżeństw i t. d., jednem słowem zapobiegać chorobom przez wzmacnianie odporności, a zmniejszanie skłonności do zakażeń. *K.*

Sztern. **Stosunek przecinkowca cholery do treści żołądkowej człowieka.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 15). Na podstawie swoich badań (w pracowni Saratowskiego Ziemstwa gubernialnego) dochodzi S. do następujących wniosków: 1) W prawidłowej treści żołądkowej przy kwaśności około 0,2 prc. i przy braku śluzu, przecinkowce cholery nie giną w ciągu 40—60 minut. Prawidłowy sok żołądkowy nie stanowi przeto takiej pewnej przeszkody dla przecinkowców cholery, jak mniemano dotąd. 2) Ilość śluzu w żołądku ma ogromne znaczenie dla rozwoju i rozmnażania się przecinkowców cholery; stąd osoby, cierpiące na nieżyt żołądka, osobliwie opilcy najwięcej są narażeni na zakażenie. 3) W najlepszych warunkach znajdują się osoby, cierpiące na nadmiar kwasu solnego. Trzeba jednak przytem pamiętać, że nadmierna kwaśność zwykle pojawia się na szczycie trawienia, t. j. 1—1$^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmów. Przecinkowce cholery mogą więc przejść żywe przez żołądek, zanim jeszcze wystąpi taki nadmiar kwaśności. 4) Wypicie naczczo wody w większości przypadków nie wywołuje wydzielania się fermentów; wydziela się li tylko kwas solny w nieznacznej ilości. Wskutek tego przecinkowce cholery, dostając się do żołądka z wodą, rychło giną nawet przy nieznacznej kwaśności treści żołądkowej (0,04 prc.). 5) Działanie kwasu solnego wzmaga się w obecności pepsyny. 6) Peptony znacznie osłabiają siłę bakteryobójczą kwasu solnego; i tak, w obecności peptonów kwas solny w rozczynie 0,28—0,3 prc. nie zabija przecinkowców cholery w ciągu 15—20 minut. 7) Żółć, jak się zdaje, osłabia również działanie kwasu solnego na przecinkowce. 8) Obecność białka w treści żołądkowej nie wpływa na bakteryobójcze działanie kwasu solnego, gdyż w płynie białkowym przecinkowce cholery pozostają żywe dłuższy czas przy kwaśności 0,09 prc.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Manicatide. **Stwierdzanie prątka durowego w gardle chorych na dur.** (*Centralbl. f. Bakter.* 1908, Tom 46, str. 221). W 70 prc. (36: 51) przypadków zdołał M. znaleść prątek Ebertha, wysiewając na pożywce Drigalskiego-Conradiego śluz, zebrany jałowym wacikiem z gardła lub migdałków chorych. Już po 2—3 dniach miały wyrastać hodowle prątka. *Stahr.*

H. Much i F. Eichelberg. **Ustalenie komplementu w zetknięciu z wyciągiem wodnym wątroby kiłowej w toku schorzeń niekiłowych.** (*Med. Klinik* 3. maja, 1908). Kiedy Wassermann, Neisser i Bruck polecili swój sposób ustalania komplementu dla rozpoznawania kiły, byli przekonani, że metoda ich polega na zjawisku ściśle swoistem, i że odczyn zjawia się wyłącznie tam, gdzie się stykają z sobą antigen i niwecznik (Antikörper) swoisty, w danym przypadku jad i niwecznik kiłowy. Późniejsze badania dowiodły jednak, że przypuszczenie to było mylne. Fakt, że wyciąg wodny wątroby prawidłowej wobec kiłowej surowicy również utrwala komplement, stwierdzenie, że wyciągi wyskokowe wątrób kiłowych zachowują się zupełnie, jak wyciągi wodne, a wreszcie możność zastąpienia wogóle wyciągu wątroby przetworami chemicznymi, jak lecytyną, cholestearyną, taurocholanem i glykocholanem i oleinianiem sodu, waseliną i t. d., zachwiały mocno teoretyczną podstawą, na której opierali się Wassermann i jego współpracownicy w tłómaczeniu podanego odczynu. Fakty te jednak nie uszczupliły wcale znaczenia klinicznego samego odczynu. Doniesiono wprawdzie później, że nietylko surowica chorych na kiłę daje ten odczyn, ale i surowica dotkniętych framboezyą i płyn mózgowordzeniowy chorych na śpiączkę afrykańską, a nawet surowica królików, szczepionych kiłą końską. Ale wobec pewnika, że cierpienia powyższe (framboezya, świdrowica) nie zdarzają się w naszym klimacie, znaczenie praktyczne owej metody najzupełniej się nie zmniejszyło. Obecnie donoszą Much i Eichelberg, że istnieje jeszcze inna choroba zakaźna, w toku której surowica w zetknięciu z wyciągiem wodnym wątroby kiłowej daje ustalenie komplementu. Chorobą tą jest płonica. Autorowie poddali badaniu surowicę 25 dzieci chorych na płonicę, u których nie było śladu kiły ani wrodzonej, ani nabytej. Postępowali wedle wskazówek Wassermana i jego współpracowników. W 10 przypadkach na tych 25, a więc w 40 prc. przypadków, otrzymali odczyn wyraźnie dodatni. Badane dzieci zapadły na zdrowiu przed dniami 3 do 72. I ciekawa rzecz, że w przypadkach świeżych, w czasie wysypki bardzo rozwiniętej, hemoliza nie doznawała żadnej przeszkody, a odczyn był wyraźnie dodatni (brak hemolizy) dopiero wtedy, kiedy objawy ostre minęły. Autorowie nie stwierdzili żadnego związku między wynikiem odczynu, a nasileniem choroby;

zarówno w przypadkach o przebiegu ciężkim, jak lekkim zdarzał się to odczyn dodatni, to ujemny. Przed próbami, czynionymi u chorych na płonicę, wykonali autorowie doświadczenia z surowicą chorych na zimnicę: w pewnej liczbie przypadków otrzymali odczyn, jednak niezupełny. Wogóle jednak ilość tych doświadczeń (z zimnicą) jest zbyt mała, by można wysnuwać z nich jakiekolwiek wnioski. Nigdy nie było odczynu z surowicą dzieci, dotkniętych odrą. Zjawiska, stwierdzone przez autorów w płonicy, nie odbierają odczynowi Wassermana pewnego znaczenia swoistego w tem rozumieniu, że chodzi o odczyn, właściwy grupie chorób, wywołanych przez pierwotniaki. A przypuściwszy, że tak jest w istocie, i że płonica należy także do tego rodzaju chorób, (co zdaniem autorów jest zresztą bardzo możliwe), to przecież odczyn ten wydaje się nie ściśle swoistym dla kiły. — W jednym przypadku płonicy, w którym odczyn z początku choroby był ujemny, pokazał się odczyn dodatni w 26-tym dniu. Fakt ten dowodzi, że wyników otrzymanych przez autorów nie można odnosić do przeoczonej kiły dziedzicznej. *Stahr.*

Medycyna wewnętrzna.

Dietlen i Moritz. **O zachowaniu się serca pod wpływem długiej i męczącej jazdy na kole.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 10). Autorowie badali stan serca uczestników wielkich wyścigów na kole pomiędzy Lipskiem a Strasburgiem. Przestrzeń tę, wynoszącą 558·2 km., przebyli uczestnicy w stosunkowo krótkim czasie (średnio w 30 godzin, zwycięzca w 27 godz. 23 min.). Zwracano szczególną uwagę na wielkość serca. W żadnym przypadku serce, poprzednio zdrowe, nie uległo rozszerzeniu, we wszystkich natomiast — prócz jednego — stwierdzały ortodyagramy nieraz znaczne, zwolna się wyrównujące pomniejszenie objętości serca. D. i M. nie uważają za prawdopodobną teoryi, tłómaczącej tę małą objętość serca rozszerzeniem pierwotnem znacznej części koryta naczyniowego. Zdaniem D. i M. trud fizyczny zwiększa zapotrzebowanie krwi dla pracujących mięśni, mimoto jednak jest rzeczą prawdopodobną, że wyrzucana w czasie jednej ewolucyi serca ilość krwi jest mniejsza, niż w spoczynku, za czem idzie mniejsze rozkurczowe wypełnienie serca, co się odbija na dyagramie zmniejszeniem wymiarów. Przy tej sposobności potwierdzili D. i M. spostrzeżenie Schieffera, że ludzie oddający się sportowi, mają stosunkowo duże serca; tłómaczy się to oczywiście t. zw. przerostem roboczym. *Dr M. Godlewski.*

Beck i Epstein. **O wpływie wysiłków sportowych na serce, nerki, parcie krwi i ciepłotę ciała.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 15). Badania autorów dotyczyły 13 wioślarzy. Co do serca, to na pierwszy plan wysuwały się zaburzenia samego mięśnia, a »ostre rozszerzenie« bywało nieznaczne i zdarzało się w poszczególnych tylko przypadkach. W mięśniu sercowym powstaje przy sporcie skłonność do spraw zwyrodniających, wywołana przez niestosunek między zużytkowaniem materyi, a dowozem krwi podczas wysiłku zapaśników. Mocz zawierał białko i wałeczki drobnoziarniste, co autorowie odnoszą do niedostatecznego utlenienia w nerkach wskutek nadmiernego zużycia tlenu przez nadmiernie czynne mięśnie. Cukromoczu nie było. Natomiast zauważyli B. i E. obniżenie się ciężaru właściwego moczu i zmącenie od mucyny, występujące po wysiłku. Parcie krwi bywało wzmożone, a u dwóch tylko osobników znacznie obniżone. Zmienione parcie tętnicze utrzymywało się jeszcze przez 10—15 minut przy bezwzględnym spokoju. Ciepłota ciała podnosiła się przy wysiłkach średnio o kilka dziesiętnych stopnia i spadała po dziesięciu minutach bezwzględnego spokoju do poziomu prawidłowego. *Dr Blassberg.*

Link. **O nieorganicznych szmerach sercowych u ciężarnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 15). L. spotykał ten objaw dość często (u przeszło 12 prc.) ciężarnych. Objaw ten występował po 7-mym miesiącu ciąży, ale dopiero w tym miesiącu miał L. sposobność badać chore. Szmer ten ma pewne cechy, po których można go odróżnić od szmeru organicznego. Występuje on z reguły nad tętnicą płucną i jest tylko tu i w najbliższem sąsiedztwie słyszalny. Brak zaostrzenia nad tętnicą płucną stanowi ważną cechę różniczkową; przemieszczeniu uderzenia końca serca nie przypisuje L. większego znaczenia, gdyż w ciąży skutkiem wysokiego stanu przepony objaw ten może istnieć i bez powiększenia serca. Przyczynę szmeru upatruje L. w kątowatem zagięciu tętnicy płucnej wskutek wysokiego stanu przepony. *Dr M. Godlewski.*

Moritz. **O zmniejszaniu się serca czynnościowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 14). M. stara się uzasadnić teoretycznie fakt zmniejszania się, niekiedy bardzo znacznego (do $1/_{5}$), wielkości serca skutkiem fizycznej pracy. Przyczyny szukać należy głównie w wzmożonem działaniu nerwów przyspieszających ruchy serca (*n. n. accelerantes*), oraz w zmniejszonem wypełnianiu się serca krwią. Rozszerzalność serca zależy od czynności nerwów błędnych, przy wzmożonej zatem czynności ich antagonistów (*n. n. accelerantes*) zmniejsza się. Czynność wzmożona tej grupy ośrodków nerwowych skraca też oczywiście czas rozkurczu, co odbija się w mniejszem wypełnianiu się serca krwią, a co za tem idzie, w zmniejszeniu się objętości serca. Zwiększona skutkiem pracy fizycznej ilość krwi, wyrzucanej w jednostce czasu, zmniejsza zaleganie w układzie żylnym krwi żylnej, co odbija się oczywiście w zmniejszonem wypełnieniu wielkich żył, względnie przedsionków; przez to i komory w czasie rozkurczu mniej się wypełniają, co znów zmniejsza dyagram serca. Nie wszystkie serca ulegają przy pracy zmniejszeniu; dotyczy to jedynie mięśnia zdrowego lub rozszerzonego serca, nie uwydatnia się w sercu, które uległo przerostowi. Badania M. rzucają światło na korzystny w rozszerzeniach serca wpływ gimnastyki leczniczej. *Dr M. Godlewski.*

Eichhorst. **Rozpoznawcze uwagi przy zatorze tętnicy płucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 15). Autor opisuje rozległy zator lewej tętnicy płucnej u chorego, dotkniętego niedomykalnością zastawki dwudzielnej, znamionujący się nieporuszalnością lewej połowy klatki piersiowej, wyrównaniem międzyżebrzy, stłumieniem nad całem płucem lewem prócz szczytu, wzmożoną opornością, zniesieniem drżenia głosowego i szmerów oddechowych, nagle powstałą sinicą i dusznością. Rzężeń, ani plwociny krwawej nie stwierdzono. Autor przypuszcza zaczopowanie tętnicy tuż po odejściu górnej gałązki do szczytu, który nie był zajęty. Mimo tak rozległego zatoru nastąpiło w przypadku tym wyleczenie, a zmiany w płucu lewem całkowicie ustąpiły już po 8 dniach. *Dr Skórczewski.*

Jakob. **O znaczeniu metody Karelli w leczeniu ciężkich zaburzeń w krążeniu, oraz w leczeniu otyłości.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 16 i 17). Metoda podana przed kilkudziesięciu laty przez rosyjskiego lekarza Karellę polega na wyłączeniu wszelkich pokarmów i napojów na przeciąg jednego tygodnia, prócz 800 ctm. mleka przegotowanego, które chory w czterech równych porcyach w ciągu doby spożywa. W przeciągu następnych kilku dni dostaje chory prócz tego najpierw jedno, potem 2 jaja, następnie nieco mięsa, przechodząc zwolna do zwykłego pożywienia z tem zastrzeżeniem, że w przeciągu mniej więcej miesiąca dobowa ilość płynu nie przekracza 800 ctm. Wyniki wprost zdumiewające osiągnąć można w niewyrównanych wadach serca i w osłabieniu mięśnia sercowego, przebiegającem z obrzękami; leczenie to również daje się z wielkiem powodzeniem zastosować u ludzi otyłych z równoczesnem osłabieniem serca lub bez niego. *Dr M. Godlewski.*

Hahn. **Upust krwi i zaburzenia krążenia.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 24). Obecnie puszczamy krew w przypadkach zatruć (mocznica, rzucawka, zatrucie tlenkiem węgla), dołączając potem wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, lub też w przypadkach zaburzeń w krążeniu. Przy prawidłowych ścianach tętnic upust krwi nie wpływa na ogólny spadek ciśnienia, bo ściany tętnic przystosowują się do mniejszej ilości krwi, lecz wpływa na obniżenie ciśnienia płucnego, dlatego też upust krwi jest wskazany w przypadkach zastoju w krążeniu małem. Natomiast, gdy ściany tętnic są niepodatne, jak n. p. w miażdżycy, wtedy upust wywołuje zaraz spadek ciśnienia krwi w krążeniu ogólnem. H. korzystał z tego w 4 przypadkach miażdżycy z objawami zastoju w płucach i wątrobie; wyniki były dobre. *K.*

Kisch. **O nagłej śmierci u chorych na serce.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 14). Na podstawie tak własnego materyału szpitalnego, jakoteż materyału sekcyjnego twierdzi K., że najczęściej zdarza się śmierć nagła u chorych na serce po 50. roku życia i przedewszystkiem u osób tłustych i dotkniętych ogólną miażdżycą. Dalej zdarza się nagłe porażenie czynności serca w przebiegu wad złożonych, istniejących równocześnie w ujściu żylnem i tętniczem z równoczesnem zwyrodnieniem mięśnia sercowego, lub przy zwyrodnieniu mięśnia w połączeniu z rozedmą. Na możliwość nagłej śmierci wskazują: *delirium cordis*, znaczne zwolnienie tętna, napady dusznicy bolesnej. Wzruszenia moralne i wysiłki fizyczne stanowią nieraz bezpośrednią przyczynę. *Dr M. Godlewski.*

Higiena.

L. Landouzy. **Zawód i mieszkania praczy i praczek ze względu na gruźlicę.** (*Presse méd.* 1908, Nr 49). L. zwraca uwagę, że pracze znacznie łatwiej zapadają i częściej umierają

z gruźlicy, niż inni robotnicy. I tak na 3,33 praczy, przyjętych do szpitala, 1 ma gruźlicę, a na 10 jeden umiera z gruźlicy. W innych zawodach wypada jeden suchotnik na 6,76, a umiera jeden na 20,23. A więc robotnicy, zajęci praniem bielizny, dwa razy częściej zapadają i dwa razy częściej umierają na suchoty, niż inni robotnicy. Mieszkania praczy uważa też L. za prawdziwe rozsadniki gruźlicy. *Stahr.*

Prof. Gruber. **Wpływ wyskoku i chorób płciowych na długość życia osobnika i całych rodów.** (*Obwod. związek lek. Monachium*, 28. III. 1908). Badania genealogiczne wybitnych rodów przekonały Grubera, że śmiertelność w nich jest ogromna, a przyczyny szukać należy jedynie w opilstwie i chorobach płciowych. Śmiertelność ta dotyczy zwłaszcza członków płci męzkiej. W Norymberdze n. p. jest zaledwo 11 rodzin, które są starsze nad 500 lat. Rodziny wielkich pisarzy, artystów i poetów wieku XVIII. prawie zupełnie już wymarły. Śmiertelność rodzin w miastach jest o wiele większa, niż po wsiach. W XV. i XVI. wieku panował alkoholizm najsilniej i po tej też erze najwięcej rodzin szlacheckich wymarło. W Anglii nie ma już zupełnie czystych potomków książęcych rodzin XVII. wieku. — Także samogwałt odgrywa tu ważną rolę. W krajach, w których walka z opilstwem prowadzona jest oddawna energicznie, stwierdzić można obecnie już wybitną zmianę na korzyść. *K.*

Prof. Kianicyn. **Wpływ twardości wody na rozwój bakteryi.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 25). Autor (Charkow) badał, jaki wpływ wywiera na rozmnożenie się bakteryi w wodzie mniejsza lub większa zawartość w niej soli wapiennych, od których głównie zależy twardość wody. Doświadczenia swoje, do których używał 10 prc. rozczynu chlorku wapnia i azotanu wapnia, rozdzielił autor na 3 grupy: w pierwszej badał wpływ mniejszej lub większej twardości wody na rozwój bakteryi w niej wogóle: w tym celu brał wodę wprost z pod kranu, nalewał ją do wyjałowionej kolby, dodawał pewną ilość wyjałowionego rozczynu soli wapiennej, poczem zakorkowaną wodę stawiał na 2 do 18 dni w ciepłocie pokojowej (16—18° R.). Po upływie tego czasu kłócił wodę i zasiewał 0,2 sz. ctm. na żelatynę peptonową. Hodowle wyrastały w ciągu 4—6 dni, ilość ich zapisywano. W drugiej grupie doświadczeń badał K. wpływ mniejszej lub większej twardości wody na rozwój prątka siennego. Do 50 ct. wyjałowionej wody dodawał pewną ilość $Ca(NO_3)_2$ i 5 kropel czystej hodowli prątka siennego. Hodowle rozwijały się 2 dni w pokojowej ciepłocie, poczem 0,2 sz. ctm. wody zasiewał na pożywki. Ilość kolonii zapisywał po upływie 4 dni. W 3-ciej grupie dodawał do wody 10 prc. $CaCl_2$ i 5 kropel hodowli cholery na peptonowej wodzie. Pierwszej grupy było doświadczeń 38, drugiej 12, trzeciej 13. Wyniki badań autora są następujące: zawartość soli wapnia w tych granicach, jakie się zwykle znajdują w wodzie do picia, nie wywiera prawie żadnego wpływu na rozwój i rozmnożenie mikrobów wogóle, a prątka siennego i cholery w szczególności, lecz już stopniowo niewielkie zwiększenie ilości soli wapiennych (0,12%—0,26%) hamuje rozmnażanie się prątka siennego i cholery. To bakteryobójcze działanie wapnia zaczyna się już przy ilości soli wapiennej znacznie mniejszej od tej, jaka jest przyjęta dla wapna, jako środka odkażającego. Ze swoich badań wysnuwa autor praktyczny wniosek: Zważywszy stosunkową nieszkodliwość chorku i azotanu wapnia, i to, że już niewielkie ich ilości wpływają zabójczo na bakterye, możnaby zalecić te sole dla oczyszczenia podejrzanej wody, zwłaszcza, że sole te nie psują smaku wody. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 22. czerwca 1908.

Czł. Marchlewski przedstawia pracę p. K. Jabłczyńskiego p. t.: **Kinetyka reakcyi następczych: redukcya kwasu chromowego przez kwas szczawiowy.** Autor bada szybkość tej reakcyi i dochodzi do wniosku, że zawarty w kwasie chromowym chrom sześciowartościowy, redukując się do trójwartościowego, przechodzi stopniowo przez stan pięciowartościowego i czterowartościowego chromu.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 22. maja 1908.

Na przewodniczącego zaprasza zebranie Dra Kożuszkiewicza.

1) Dr Skoczyński przedstawia mężczyznę z prawdopodobnym **nowotworem w mózgu.** Chory cierpi na obustronny zanik nerwów wzrokowych, bole głowy i ogólne osłabienie. Od pół roku źle słyszy na lewe ucho. Twarz i zęby cierpną mu kilkanaście razy dziennie. Odruchy wzmożone, brak objawu Babińskiego. Z lewej strony zajęty nerw uszny i twarzowy. Prawdopodobnie chodzi tu o nowotwór, wychodzący z nerwu usznego, być może nerwowłókniak (*neurofibroma*). Na skórze znajdowała się u tego chorego narośl, którą wycięto i rozpoznano włókniaka.

W dyskusyi Dr Mieczkowski potwierdza rozpoznanie Dra Skoczyńskiego. Co do operacyi, to dostęp byłby tutaj trudny, trzeba bowiem podnieść móżdżek, chcąc się dostać do nowotworu. Kocher poleca w takich przypadkach trepanować wyżej i podciągnąć zatokę żylną poprzeczną w górę. Dotychczas operacye były śmiertelne, mimo to oświadcza się mowca za operacyą. — Radca Dr Panieński leczył tego chorego rok temu w szpitalu. Wówczas była brodawka zastoinowa w oku i mrowienie po lewej stronie, oraz ból głowy. Objawów, dotyczących nerwu usznego, nie było żadnych. P. stosował jodek potasu, poczem bole głowy, jak i wzrok znacznie się poprawiły. — Dr Karwowski stwierdza, że nie chodzi tu o przypadek *neurofibromatosis* Recklinghausena. Brak tu typowych zmian na skórze, jak plamek, oraz wielorakich prawdziwych nerwowłókniaków. Wycięty ze skóry guzek uważa za zwykłego włókniaka, który nie stoi w żadnym związku z nowotworem w mózgu. — Dr Panieński życzy sobie wytłómaczenia, dlaczego jod tutaj działał korzystnie, co Dr Karwowski uważa za skutek wessania się i usunięcia przez to ucisku. — Dr Rydlewski przypuszcza wessanie się młodej tkanki pod wpływem jodu. — Dr Łazarewicz wątpi, czyby się nerwowłókniak pod wpływem jodu zmienił, a przypuszcza w tym przypadku działanie suggestywne albo wpływ na ciśnienie krwi wogóle. Na wzmiankę Dr Panieńskiego, żeby spróbować fibrolizyny, zaznacza Dr Łazarewicz, że działa ona dobrze na istotne blizny, a Dr Jarnatowski wspomina, że lek ten przy zaćmieniach rogówki nie ma żadnego wpływu. Również Dr Zakrzewski przy zwężeniach odźwiernika nie osiągnął żadnych wyników, co potwierdzają także prace Boasa i Albu. — W końcu Dr Skoczyński zaznacza, że jeśli w podobnych przypadkach dokładnie rozpoznało się siedzibę sprawy, natenczas konieczna jest operacya i to jaknajprędsza.

2) Radca Dr Panieński wygłasza drugą część swego odczytu: **Leczenie niedomogi serca.** Prelegent omawia środki fizyczne. Do tych należą w pierwszej linii kąpiele z kwasem węglowym. Bennecke, później Schott polecił kąpiele Nauheimskie. Działają one 1) podniecająco na serce, 2) usuwając przeszkody obwodowe zmniejszają pracę serca. Te ich własności sprawiły, że zaczęto zupełnie bezkrytycznie wysyłać chorych do Nauheim i Kudowy, co jednak dopiero wtedy się zaleca, gdy siły się dostatecznie podniosą. Dalej należy wymienić elektryczność w połączeniu z wodoleczeniem, co wprowadzili głównie Smith i Hornung; niestety przez przesadę metoda ta wkrótce została zdyskredytowana. A jednak metoda ta w niektórych przypadkach ma wiele zalet. Pod wpływem prądu zmiennego tętno się zwalnia, wzmaga się przemiana materyi. Prąd ten nadaje się więc najwięcej w samoistnem rozszerzeniu serca lub przy słabem napięciu naczyń, przeciwwskazany jest przy podwyższonem napięciu naczyń, tętniakach i stwardnieniu tętnic. Rumpf polecił prądy d'Arsonvala, działające bardzo korzystnie. — Dalej bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu niedomogi serca jest miesienie i ćwiczenia, wskazane mianowicie przy wątłych mięśniach lub przy otyłości z wątłymi mięśniami. Przeciwwskazania stanowi puchlina, duszność i dusznica bolesna. Wreszcie podnosi prelegent ważność dyety przy sprawach sercowych.

W dyskusyi przypomina Dr Gantkowski słowa Leubego, że bez naparstnicy nie chciałby być lekarzem. Doświadczenie jednak uczy, że w niektórych przypadkach lek ten wcale nie działa. Mowca ostrzega przed dializatem naparstnicy z powodu zawartości wyskoku. Sam G. leczy choroby serca głównie ruchowo i miesieniem i jest z wyników bardzo zadowolony. — Dr Łazarewicz zaznacza, że brak dotąd ścisłego rozróżniania w leczeniu chorób serca odpowiednio do różnorodnych jego zachorzeń. Ł. chwali bardzo strofantynę; w nagłych przypadkach

1 mg działa niemal cudownie. Naparstnica działa na nerw błędny i wpływa przez to na silniejszy rozkurcz serca, równocześnie jednak i skurcz staje się silniejszy. W niektórych przypadkach zaleca się kofeinę lub teocynę, n. p. przy stwardnieniu tętnic, gdzie naparstnica nie jest odpowiednia. — Dr Panieński broni naparstnicy. Przy *delirium cordis* zaleca P. wstrzyknąć do żyły digalen. Strofantyna czasami jest bardzo niebezpieczna. Znakomitym natomiast środkiem w nagłych przypadkach jest zimno i to najlepiej po zastosowaniu kamfory. — Dr T. Schultz zwraca uwagę, że naparstnica różni się co do swego składu w różnych porach roku (zbiera się ją dwa razy do roku). Właściwy czynnik leczniczy znajduje się w wyciągach. — Dr Rydlewski dodaje jeszcze, że czasami właśnie naparstnica wywołuje *delirium cordis*.

W administracyjnej części posiedzenia przedstawia wiceprezes Dr Łazarewicz list p. Witolda Okoniewskiego, inżyniera z Zurychu, który ułatwia sprowadzenie przyrządów rentgenowskich, oznajmia, że na Zjazd lekarzy czeskich wysłany będzie delegat, odczytuje wreszcie listy profesorów Wszechnicy Jagiellońskiej, którzy uczestniczyli w ostatniem Walnem Zebraniu. — O sprawach administracyjnych »Nowin Lekarskich« referuje Dr Fr. Zakrzewski. — Dr Karwowski zdaje sprawę z czynności Komisyi mieszanej, zajmującej się utworzeniem zawodowego towarzystwa lekarzy Polaków i Niemców w Poznaniu. W dyskusyi przebija zapatrywanie, że w pewnych warunkach założenie takiego towarzystwa mogłoby być dla wszystkich lekarzy korzystne.

Zebranie z dnia 12. czerwca 1908.

Wiceprezes Dr Łazarewicz odczytuje powinszowanie z powodu jubileuszu naszego Wydziału, nadesłane przez Dr Kamockiego i Sokołowskiego z Warszawy. Dalej zawiadamia o zaproszeniu na międzynarodowy Zjazd lekarski w Budapeszcie. Jako delegatów do polskiego komitetu wybrano: Dr Dembińskiego, Dr Karwowskiego i Dr Łazarewicza. — Dr Rydlewski zapytuje o wystawę zdrojową w Ciechocinku i wyraża żal, że na nią nie pojechali koledzy poznańscy.

Dr Skoczyński i Dr Mieczkowski przedstawiają 20-letniego chorego z objawami zaburzeń mózgowych. Chory od pewnego czasu cierpi na napady padaczkowe i objawy podrażnienia mózgu. Język się zwija, prawy nerw twarzowy, wielki i wskazujący palec prawej ręki cierpną. Istnieje niemota pamięciowa. Słowa podpowiedziane chory z pewną trudnością powtarza, sam nie zdoła nazwać przedmiotów. S. i M. przypuszczają, że chodzi o **nowotwór mózgu** w bliskości kory; rodzaj nowotworu trudno określić; może tu być także miejscowa gruźlica. Dr Mieczkowski podnosi trudność projekcyi na czaszce miejsca, w którem się znajduje cierpienie mózgu, omawia zamierzoną operacyę, przedstawia różne przyrządy potrzebne do operacyi i wspomina, że pierwszy Obaliński użył piłek Gigliego przy trepanacyi. Narzędzia pracujące zapomocą motoru ze względu na aseptykę nie bardzo się zalecają.

Następuje sprawa założenia »Towarzystwa zawodowego« lekarzy poznańskich. W sprawie tej referują Radca Dr Panieński, Dr Łazarewicz i Dr Karwowski. Po długiej, nader ożywionej dyskusyi postanawia zebranie dać na razie komitetowi odpowiedź odmowną.

Zebranie z dnia 13. czerwca 1908.

Zebranie to zostało zwołane nagle w sprawie założenia »Towarzystwa zawodowego«.

Obecni prawie wszyscy lekarze Polacy z Poznania.

Po bardzo poważnej dyskusyi postanowiono przystąpić do Towarzystwa wobec tego, że ze strony niemieckiej zgodzono się na postulaty polskich członków Komisyi przygotowawczej, umożliwiające wspólną pracę. *Dr Adam Karwowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 2. czerwca 1908 r.

1) Barszczewski Cz. odczytał rzecz: **O ortodyagrafii.** Ortodyagrafia jest to nowa metoda miernicza do badania klinicznego narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej zapomocą promieni Röntgena. Oznaczanie pomiarów dokonywa się przy pomocy ekranu fluoryzującego i polega na uzyskaniu obrysu poszczególnych narządów normalnymi promieniami X., t. j. takimi, które w każdym punkcie pola badania padają pionowo na ekran fluoryzujący. Przyrządy, którymi posługuje się ortodyagrafia, zwą się ortodyagrafami; najwcześniejszy typ ich stanowi stół Moritza, służący do badania chorych jedynie leżących. Obecnie używane są ortodyagrafy pionowe, które umożliwiają badanie chorego we wszelkich położeniach. Prelegent podaje opis wykreślania granic poszczególnych narządów zapomocą tego właśnie ortodyagrafu.

2) Tuchendler Antoni wypowiedział rzecz p. t. **Anatomia i fizyologia odbytu i kiszki esowatej według badań rektoskopowych.** Po krótkim wstępie, dotyczącym historyi rektoromanoskopii, przechodzi prelegent do badań, służących za podstawę do oświetlania i oględzin odbytu i kiszki esowatej. Naprzód wspomina o badaniach rektoskopowych Schreibera, systematycznie prowadzonych na licznych chorych i na zwłokach, badania te dostarczyły wiele cennych danych, dotyczących anatomii i fizyologii całego dolnego odcinka kiszek. Z dziedziny anatomii drogą rektoskopii ustalono długość, kierunek, położenie odbytu i kiszki esowatej. Drogą rektoskopii przekonać się można, że kierunek całego dolnego odcinka kiszek podlega najrozmaitszym wahaniom, a głównie w zależności od długości krezki. Z kolei przechodzi prelegent do rozpatrzenia wewnętrznej topografii tych narządów, którą także poznajemy zapomocą ich oświetlania. Na wewnętrznej powierzchni całego dolnego odcinka kiszek ustalone są w ten sposób ścisłe granice, dokładnie określone miejsca różnych fałdów i zagięć, które mogą być wygodnym drogowskazem i tworzyć podstawę do rozpoznawania topograficznego. Prelegent podaje opis głównych punktów, napotykanych w rektoskopie od otworu stolcowego aż do t. zw. *inflexio romana*, t. j. najwyższej części, dostępnej dla oświetlania, dalej opis naczyń krwionośnych, widzialnych w rektoskopie. Fizyologia przez rektoskopię zdobyła niemało danych. I tak stwierdzono mylność poglądów o istnieniu trzeciego zwieracza; dowiedziono w odbytnicy i kiszce esowatej ruchów przeciwrobaczkowych. Sprawa ta jest ważną i z punktu widzenia praktycznego, wyjaśnia bowiem udział tych ruchów w zwracaniu zawartości kiszek do żołądka przy wymiotach kałowych, a także tłómaczy drogę przenikania z odbytu do odcinków wyższych, sztucznie do ustroju wprowadzanych ciał odżywczych.

3) Goldbaum odczytał rzecz p. t. **W sprawie fosfaturyi i powstawania kamieni fosforanowych.** Fosfaturyą nazywamy wydzielanie moczu mętnego, w którym osad składa się przeważnie z zasadowych fosforanów wapnia i magnu. W wyjątkowych przypadkach przy fosfaturyi bywa zwiększona ilość kwasu fosforowego; najczęściej wzrasta jedynie ilość fosforanów nierozpuszczalnych (zasadowych) kosztem fosforanów rozpuszczalnych (kwaśnych); jest to t. zw. samoistna fosfaturya. Tę ostatnią postać dzieli Klemperer na dwa rodzaje: 1) fosfaturyę drobnoustrojową i 2) fosfaturyę aseptyczną. W pierwszej pod wpływem bakteryi mocznik rozkłada się na amoniak i kwas węglowy, a amoniak strąca fosforany. Następuje to przy zastoju moczu. Fosfaturya aseptyczna powstaje wskutek zasadowości moczu, zależnej bądź od długotrwałego spożywania alkaliów, bądź od dyety roślinnej, bądź wreszcie, co bywa najczęściej, od utrudnionego dostawania się HCl z żołądka do jelit, przy nadmiernej kwaśności, sokotoku żołądkowym. Fosfaturya aseptyczna powstaje również wskutek nadmiaru soli wapniowych i spotyka się ją również najczęściej u dotkniętych nadkwaśnością żołądka. To wzmożone wydzielanie wapnia przez nerki jedni tłómaczą niedostateczną zdolnością błony śluzowej jelita grubego do wydzielania wapnia, inni zaś nadmierną zdolnością nerek do zagarniania go ze krwi i do wydzielania z moczem. Z autorów francuskich sprawę fosfaturyi najszczegółowiej opracował Robin, który sądzi, że przy niej zawsze bywa nadkwaśność żołądka; w nadkwaśności widzi on powód powstawania fosfaturyi. Fosfaturyi sprzyja powstawanie kamieni fosforanowych.

Powyższe poglądy popiera spostrzegany przez prelegenta przypadek, w którym na tle fosfaturyi powstał kamień nerkowy, złożony wyłącznie z fosforanów. *Dr J. L.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Na posiedzeniu 9. maja 1908 jednomyślnie został przyjęty dopieroco przybyły na ziemię amerykańską Dr Czaki, (który swego czasu ofiarował cenne zbiory etnograficzne z życia Wschodu do Muzeum warszawskiego), poczem załatwiono drobne sprawy bieżące.

Część naukową stanowił wykład Dr J. Szymańskiego: **W sprawie odczynu tuberkulinowego spojówkowego Calmettea.** Referent streścił zdobycze wiedzy w tej sprawie i przedstawił chorych dla porównawczego zbadania.

Na posiedzeniu 6. czerwca 1908 jednomyślnie przeszła rezolucya popierania dążeń poszczególnych członków w braniu udziału w polityce krajowej.

Część naukowa składała się z wykładu docenta tutejszego uniwersytetu, Dr Kazimierza Żurawskiego: **O serodyagnozie kiły.** Referent streścił zdobycze wiedzy w tym kierunku, oraz podał historyczny szkic rozwoju teoryi odporności.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Prezydyum państwowego Związku austr. organizacyi lekarskich stawiło się w d. 24. czerwca b. r. na posłuchaniu u prezydenta ministrów i ministra spraw wewnętrznych. Dr Gruss, pierwszy wiceprezydent Związku, przemówił w te słowa: »Koerberowski program rządowy, tyczący się zmiany ubezpieczenia robotników od choroby i zmierzający do ubezpieczenia na starość i na wypadek stałej niezdolności do pracy, oddany został do osądzenia t. zw. »przybocznej Radzie pracy« w ministerstwie handlu. Do Rady tej powołano przedstawicieli wszystkich interesowanych sfer, a więc zarządy Kas chorych, pracodawców, wielkich przemysłowców, a nawet jednego biskupa, a roi się tam od socyalnych demokratów, zaciekłych wrogów lekarzy. Ci wszyscy mieli tam swój głos, tylko lekarze praktyczni, Izby lekarskie, ani organizacye lekarskie nie miały tam ani jednego przedstawiciela. Dopiero na naleganie lekarzy zwołała ta Rada przyboczna ankietę i w tej ankiecie przesłuchała zaproszonych lekarzy. Na końcu tej ankiety powiedział Dr Gruss: »My lekarze odpowiadaliśmy tu na wszystkie pytania. A teraz pójdziemy, a panowie uchwalicie to, czego sobie życzą socyalnodemokratyczne Kasy chorych«. Mimo, że zapewniano Dr Grussa, że się mylił i przesadza w swej przepowiedni, jednakże późniejsze wypadki w zupełności ją tylko potwierdziły, gdyż nawet te korzyści dla lekarzy, które program Koerbera mieścił, Rada pracy odrzuciła. A mianowicie odrzuciła Rada pracy postanowienie, które obowiązkowym Kasom chorych pozostawiało swobodę wprowadzenia wolnego wyboru lekarza i postanowienie, które usuwało obowiązek należenia do Kasy chorych osób, zarabiających ponad 2,000 K rocznie, ustanawiając wyższą granicę dochodów, podobno 5,000 K. W ten sposób więc wzrośnie liczba ubezpieczonych w Kasach chorych nie o 6 milionów osób, jak to proponował Dr Koerber, ale liczba ta pójdzie w nieskończoność. Lekarzom jednakże bardzo zależy na wolnym wyborze lekarzy w Kasach chorych, bo od tego zależy cała przyszłość stanu lekarskiego i dobro chorych«. Mowca zwrócił uwagę na nizkie wynagrodzenie lekarzy w Kasach, na ich przeciążenie, co lekarzy poniża i fizycznie niszczy bez żadnej korzyści dla chorych. Dalej mówił o ostatniem orzeczeniu Trybunału administracyjnego w sprawie zakazu przyjmowania posady w Kasach zarejestrowanych. »Lekarze« — mówił Dr Gruss — »podnoszą płomienny protest przeciw zmuszaniu ich do udzielania taniej pomocy ludziom bogatym. Wszak do Kasy zarejestrowanej może należeć, kto chce, nawet i najbogatszy. Lekarze gotują się do walki rozpaczliwej! Powiadają, że w Austryi zdoła ruchliwa i krzykliwa organizacya prędzej przeprowadzić rzecz niesłuszną, jeśli umie głośno sprawę poruszyć, niż osiągnąć najsłuszniejsze, najprostsze prawo na drodze legalnej! Dotąd trzymali się lekarze drogi prawa i nic nie osiągnęli. Dlatego się teraz zorganizowali i oto jestem upoważniony donieść Waszej Ekscellencyi, że i organizacye lekarzy czeskich i polskich są na ukończeniu. Wiemy, że walka nasza wymaga od nas wielkich ofiar, ale jesteśmy gotowi ją podjąć, bo wiemy, że musimy zwyciężyć. Związek państwowy usuwa się od odpowiedzialności, jeśli ta walka przyjmie ostrzejszą postać. Wszak to walka z rozpaczy«. Po tych słowach przedłożył Dr Gruss memoryał, w którym znajdują się szczegółowe wyjaśnienia sprawy.

Przy tej sposobności zwracamy uwagę Kolegom na znaczenie organizacyi i jej doniosłe skutki. Cała Austrya już się zorganizowała, tylko u nas wlecze się ta sprawa, choć gruntownie przygotowana, żółwim krokiem. Wzywamy przy tej sposobności Kolegów, aby do organizacyi jak najtłumniej przystępowali. Wszystko już gotowe i czeka rozpoczęcia! *S.*

W sprawie utworzenia sekcyi socyalno-politycznej w austr. ministerstwie handlu postawił Dr Grün następujący wniosek w Izbie lekarskiej wiedeńskiej: »Wedle sprawozdania Gazety wiedeńskiej (Wiener Zeitung) z 23. VI. 1908 doniósł minister handlu na posiedzeniu parlamentu w d. 22. VI. 1908 o utworzeniu sekcyi socyalno-politycznej w ministerstwie handlu. Chociażby akcyę Izby lekarskiej, zmierzającą do tego, by do urzędów tych powołano i lekarzy praktycznych i kasowych, można nazwać spóźnioną, to jednak należy podkreślić, że Izby lekarskie, które przy tworzeniu tak pod względem socyalno-politycznym ważnej instytucyi, jak zwykle, pominięto, mają jednakże według swej ustawy z d. 21. grudnia 1891 § 3 prawo domagać się, choćby i później, powołania do tej sekcyi zawodowo wykształconych lekarzy. Tyczy się to głównie departamentu 31., 32. i 33. Zajmują się one ochroną robotników, sprawą chałupnictwa, sprawą przybocznej Rady pracy, jakoteż sprawami inspektoratu przemysłowego. Wprawdzie zapowiedział p. minister utworzenie urzędu higienisty przemysłowego, jednakże każdy zrozumie, że jedna siła lekarska nie podoła temu ogromowi pracy, jaki czeka sekcyę. Należy więc dążyć do pomnożenia ilości higienistów przemysłowych z pośród lekarzy praktycznych i kasowych. Także i na inspektorów przemysłowych należy powoływać lekarzy. Wszak tak dzieje się w Niemczech i Francyi«. Dr Grün proponuje, by Izba wiedeńska w porozumieniu z innemi podjęła w tym kierunku energiczne kroki. *Stahr.*

W sprawie „Związku lekarzy i przyjaciół lekarzy" w parlamencie austr. Do Związku tego należą wszyscy lekarze, będący posłami do parlamentu, oraz wielu posłów nie-lekarzy. Związek ten broni interesów stanu lekarskiego i dlatego uprasza się wszystkich kolegów, mających jakiekolwiek stosunki z posłami do parlamentu, by na nich wpływali, żeby do związku wstępowali. Zależy na tem, żeby związek ten liczył jaknajwięcej członków. W jesieni będzie parlament obradował nad wielu sprawami, żywo nas obchodzącemi, jak ustawa o Kasach chorych, ubezpieczenie na starość, na wypadek kalectwa. Potrzebujemy zatem poparcia w parlamencie. *E. S.*

Prezydyum Związku lek. austryackich wzywa do składek na pomnik i na pomoc dla sierót po Dr Janeczku wszystkie organizacye, Izby lekarskie, wszelkie ciała lekarskie, pisma zawodowe i fachowe i każdego lekarza z osobna. *E. S.*

Utonięcie wskutek niedbalstwa. Pod tym tytułem ogłasza »Aerztliche Standeszeitung« (Nr 13) nieszczęśliwy przypadek utonięcia, jakiemu uległ Dr Jan Hock, lekarz kolejowy i praktyczny w Villach, i ostrzega Kolegów przed ubezpieczaniem się od wypadku w towarzystwie wiedeńskiem »Danubius«. Dr Hock, zachęcony w drodze do Celowca przez znawcę okolicy i jeziora Wörthersee do odbycia pewnej części drogi na łyżwach, rady tej posłuchał. Po drodze lód się załamał i Dr Hock utonął. Towarzystwo »Danubius« odmawia wypłaty zabezpieczonej sumy, bo nie odpowiada za nieszczęśliwe wypadki, wywołane »grubem niedbalstwem«. Grubego niedbalstwa miał dopuścić się Dr Hock, bo w jakiemś małem pisemku karyntyjskiem było ogłoszone, że lód na jeziorze jest jeszcze cienki i bo 8-letnia jakaś dziewczynka wołała z brzegu na Dr Hocka, żeby uważał. Fakt, że zmarłego zachęcał do ślizgawki znawca okolicy i że setki ludzi równocześnie uwijało się po jeziorze, nie uprawniał — zdaniem Towarzystwa »Danubius« — do przypuszczenia, że się można już ślizgać. Towarzystwo ofiarowuje nieszczęśliwej rodzinie Dr Hocka kilka tysięcy koron odczepnego, ale rodzina postanowiła udać się na drogę sądową. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 30. V. 1908	401,456	181,176
W czerwcu 1908	1,870	10,000
razem .	403,326	191,176

Dr Żydłowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 28. VI. do 4. VII. 1908 urodziło się dzieci żywo 39, nieżywo —; zmarło osób 54 (w tem obcych 25), z nich z gruźlicy 15 (7), zapalenia płuc 6, błonicy 2 (1), płonicy 2 (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. VI. do 4. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 7, płonicy 11 † 2 (8 † 2), odry 22 (2), duru brzusznego 1 (1), gorączki połogowej 2 † 1 (2 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. VI. do 4. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8, krztuśca 1, płonicy 75 † 5 (w tem obcych 11 † 1), odry 13, duru brzusznego 11 † 2 (2 † 1), czerwonki 1, nagminnego zapalenia opon 2 † 2 (1 † 1). *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Zebranych w Krakowie chirurgów polskich serdecznie witamy.

Piętnasty już z rzędu Zjazd chirurgiczny polski może nie bez słusznego zadowolenia spojrzeć na plony kilkunastoletniej wytrwałej wspólnej pracy. Niepośledni dorobek naukowy Zjazdów i niesłabnące ich powodzenie dowodzą najlepiej ich potrzeby i pożytku, a są zarazem nieprzewyższoną niczem nagrodą tej zasługi, która Zjazdy chirurgiczne stworzyła i ciągłość ich utrzymuje.

Kraków. W d. 10. XI. rozpoczął się XV. Zjazd chirurgów polskich w licznem gronie uczestników. Z Warszawy przybyli m. i. Prof. Kryński, Dr Leśniowski i Jakimiak, a dziś przybywa Prof. Kosiński; ze Lwowa zjechali R. Dw. Prof. Rydygier, Prof. Ziembicki, Prof. Barącz, Doc. Herman i t. d. W Zjeździe uczestniczy wielu prymaryuszy szpitali prowincyonalnych, a prócz wszystkich chirurgów krakowskich także wielu przedstawicieli innych gałęzi z Krakowa. Liczba zgłoszonych wykładów dosięga 50.

— Posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyło się w dniu 30. VI. 1908. Dr K. z S. uznano winnym uchybienia godności stanu lekarskiego i udzielono mu nagany. Na skargę Dr R. z L. przeciw Dr K. z P. postanowiono odpowiedzieć, że Izba w tej sprawie interweniować nie może, gdyż Dr K. jako lekarz powiatowy nie podlega jej jurysdykcyi. — Tegoż dnia odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem odczytano pismo Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« w sprawie zamieszczania wiadomości o konkursach, rozpisywanych przez Rady powiatowe, tylko w formie wzmianki w »Przeglądzie lek.«, oraz uchwalono Dr Z. z S. i wdowie po Dr K. w W. udzielić po 100 koron zapomogi.

— Walne Zgromadzenie członków Związku krajowego lekarzy (dawniej »Samopomocy lekarzy«) odbędzie się 16. VII. 1908 o 6 wieczorem w domu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie (Radziwiłłowska 4).

— Stanowisko fizyka (lekarza naczelnego) miasta obsadzone będzie, według zapowiedzi Prezydenta miasta, Prof. Dr Leo, może jeszcze przed jesienią.

— Schronisko Brata Alberta (Tercyarzy) uchwaliła sekcya ekonomiczna Rady miejskiej ze względów sanitarnych przenieść (nareszcie!) z dotychczasowego budynku w inne miejsce. (Budynek ten, będący własnością miasta, urągał wszelkim pojęciom o higienie).

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Izrael P r z e w o r s k i, rodem z Gdowa w Galicyi i Maryan Wacław S z a f n i c k i, rodem z Częstochowy.

Lwów. Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1908/9 wybrany został Prof. Dr Włodzimierz S i e r a d z k i.

Ruch w zdrojowiskach polskich. Do Iwonicza przybyło do 30. VI. osób 1877.

Warszawa. Posiedzenie Towarzystwa lek. warszawskiego w d. 3. VII. 1907 poświęcone było pamięci Prof. H. H o y e r a, jako w rocznicę jego śmierci. Po gorącem wspomnieniu, wygłoszonem przez prezesa Tow., Dr K a m o c k i e g o, skreślił doc. Dr P r u s z y ń s k i działalność ś. p. Hoyera jako profesora i uczonego, a Dr Henryk N u s s b a u m podał Jego charakterystykę jako filozofa.

— Wydział dobroczynny magistratu postanowił niezwłocznie rozszerzyć lokal szpitala św. Rocha przez adaptacyę sal, obróconych dotąd na sklepy.

— Towarzystwo opieki nad chorymi nieuleczalnymi i rakowatymi utrzymywało w r. 1907 w przytułku w Królikarni 64 kobiet; koszt utrzymania jednej chorej dziennie wynosił $45\frac{1}{2}$ kop. W 3 ambulatoryach udzielono 22,082 porad. Towarzystwo liczyło 156 członków, miało 16,015 rb. dochodu, a 14,579 rb. wydatków.

— Niedawno zmarły prezes Tow. lekarskiego w Siedlcach, Dr Anastazy S a w i c k i, zapisał Towarzystwu bogatą swą bibliotekę i znakomicie uposażoną pracownię prywatną.

Poznań. Stowarzyszenie zawodowe lekarzy m. Poznania i obu powiatów poznańskich zawiązało się 13. VI. 1908. Zarząd składa się według statutu z 6 lekarzy Polaków i 6 Niemców; przewodniczący Zarządu nie ma w razie równości głosów głosu rozstrzygającego.

Z różnych stron. Rozpatrywanie niektórych utworów beletrystycznych ze stanowiska lekarskiego, zagranicą bardzo częste, jest u nas jeszcze nowością. A przecież, jak słusznie podnosi E. B. w »Ateneum polskiem« (Z. 6) »przy ocenie literacko-naukowej pewnego szeregu utworów piśmienniczych, udział lekarza jest tak samo nieodzowny, jak stał się nieodzowny w wielu dziedzinach życia publicznego«. Oprócz pracy Dr Mazurkiewicza o Towiańskim i wywołanych przez nią ocen krytycznych (Dr Rychlinskiego i in.) prawie nic w tym zakresie u nas się nie ukazuje. Obecnie ogłosiło »Ateneum polskie« (Z. 6) dwa szkice krytyczne: jeden p. Merwina p. t. »Chorzy poeci«, oparty na rozprawach Segaloffa o Dostojewskim, Ebsteina o Grabbem, Rahmera o Strindbergu; drugi przez E. B. p. t. »Polska literatura psychopatyczna« zajmuje się utworami psychopatów i dotyczącymi tego przedmiotu pracami p. Ernsta (nie-lekarza) i Dr A. Mikulskiego.

— W uznaniu wielkich zasług, położonych przez Dr Kazimierza S a k o w i c z a z Białej Cerkwi w ciągu 40 lat pracy lekarskiej i społecznej, kijowskie polskie Towarzystwo lekarskie uchwaliło mianować go członkiem honorowym Towarzystwa. 29. czerwca delegacya Tow. z prezesem Dr Rumszewiczem na czele wręczyła Dr K. Sakowiczowi dyplom członka honorowego.

— Wydział krajowy czeski przeznaczył dla uczczenia jubileuszu cesarskiego milion koron na zakłady lecznicze dla dzieci zołzowatych, a drugi milion na zakłady dla dzieci umysłowo upośledzonych.

— Obowiązek donoszenia o każdym przypadku gruźlicy wprowadzono w m. N. Yorku; urząd lekarski wykonywa w przypadkach wątpliwych bezpłatnie badanie plwocin, a mieszkania po zmarłych suchotnikach odkaża. (»Med. i Kron. lek.« 27).

Sprostowanie. W Nr 26 »Przeglądu« na str. 361, szpalta 2, wiersz 6 od góry, zamiast »zniedołężnienia poraźnego« ma być »zniedołężnienia p r z e d w c z e s n e g o«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie członków Związku krajowego lekarzy w Galicyi i W. Ks. Krakowskiem, które w dniu 27. czerwca do skutku nie doszło, odbędzie się bez względu na komplet **we czwartek dnia 16. lipca b. r. o godz. 6 wieczorem w Domu lekarskim w Krakowie.**

Ze względu na wielką doniosłość spraw, na porządku dziennym umieszczonych, Wydział uprasza Szan. Kolegów o niezawodne przybycie, jak również o jak najrychlejsze nadesłanie deklaracyi przystąpienia, o ile nie została nadesłana.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

*